

รายงานสรุปภาพรวม

โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด The Policy Evaluative Research Project on The Transference of Tambol-Promotion-Hospitals to Provincial Administration Organization



โดย

หัวหน้าโครงการ: ศาสตราจารย์ ดร.อุดม ทุมบอสิต (Professor Dr. Udom Tumkosit)

ผู้วิจัยร่วม:

ศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (Professor Dr. Direk Patamasiriwat)

ศาสตราจารย์ ดร.วรพทย์ มีมาก (Professor Dr. Worapit Meemak)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปันนิตามัย (Associate Professor Dr. Werawat Punnitamai)

รองศาสตราจารย์ ดร.นิธินันท์ ธรรมากรณ์ (Associate Professor Dr. Nithinant Thammakoranonta)

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรานุช มหากาญจนะ (Associate Professor Dr. Chandranuj Mahakanjana)

รองศาสตราจารย์ ดร.หลี่ เหมินเหลียง (Associate Professor Dr. Li Renliang)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พ.ว.ประยงค์ เต็มชวาลา (Assistant Professor Dr. Prayong Temchavala)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รติพร ตั้งผึ้ง (Assistant Professor Dr. Ratiporn Teungfung)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปาวินี ช่วยประคอง (Assistant Professor Dr. Pawinee Chuayprakong)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. สุรัชย์ พรหมพันธุ์ (Assistant Professor Dr. Surachai Phromphan)

อาจารย์ ดร. กรณ์ หุวะนันท์ (Dr. Gorn Huvanandana)

นายวิทยา โชคเศรษฐกิจ (Wittaya Choksettakij)

นายสมศักดิ์ จังตระกูล (Somsak Jungtrakul)

นายอลงกต สารกาล (Alongkot Sarakarn)

นายจิรวัฒน์ ศรีเรือง (Jirawat Sriruang)

นายสุพัฒน์จิตร ลาตบัวขาว (Supatjit Ladbuaakhao)

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2567



รายงานสรุปภาพรวม
โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
The Policy Evaluative Research Project on The Transference of Tambol-
Promotion-Hospitals to Provincial Administration Organization

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คณะวิจัย

ศาสตราจารย์ ดร.อุดม ทุมโฆสิต (Professor Dr. Udom Tumkosit)
ศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ (Professor Dr. Direk Patamasirawat)
ศาสตราจารย์ ดร.วรพิตย์ มีมาก (Professor Dr. Worapit Meemak)
รองศาสตราจารย์ ดร.วีระวัฒน์ ปันนิตามัย (Associate Professor Dr. Werawat Punnitamai)
รองศาสตราจารย์ ดร.นิธินันท์ ธรรมากรนนท์ (Associate Professor Dr. Nithinant Thammakoranonta)
รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรานูช มหากาญจนะ (Associate Professor Dr. Chandranuj Mahakanjana)
รองศาสตราจารย์ ดร.หลี เหมรินเหลียง (Associate Professor Dr. Li Renliang)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ประยงค์ เต็มขวาลา (Assistant Professor Dr. Prayong Temchavala)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รติพร ถึงฝั่ง (Assistant Professor Dr. Ratiporn Teungfung)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาวิณี ช่วยประคอง (Assistant Professor Dr. Pawinee Chuayprakong)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร. สุรชัย พรหมพันธุ์ (Assistant Professor Dr. Surachai Phromphan)
อาจารย์ ดร. กรณ์ หุวะนันท์ (Dr. Gorn Huvanandana)
นายวิทยา โชคเศรษฐกิจ (Wittaya Choksettakij)
นายสมศักดิ์ จังตระกูล (Somsak Jungtrakul)
นายอลงกต สารกาล (Alongkot Sarakarn)
นายจิรวัดน์ ศรีเรือง (Jirawat Sriruang)
นายสุพัฒน์จิตร ลาตบัวขาว (Supatjit Ladbuakhao)

มิถุนายน 2567

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)”

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

รายงานสรุปภาพรวมมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่วนที่ 1 ประเมินการดำเนินงานของ อบจ. ว่าได้ดำเนินการภารกิจของตนเพื่อให้การรับโอนเป็นไปตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอนฯ ตามประกาศ ก.ก.ธ. หรือไม่ ผลการดำเนินการเป็นอย่างไร มีจุดแข็ง/จุดอ่อน(หรือโอกาส/อุปสรรคขัดข้อง)อย่างไร และควรปรับปรุงพัฒนาต่อไปอย่างไร ส่วนที่ 2 ประเมินสถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ(โดย รพ.สต. เป็นหน่วยบริการหลักในพื้นที่)ว่า หลังจากได้ถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แล้ว มีการเปลี่ยนแปลงอะไรหรือไม่ อย่างไร สถานะของระบบโดยรวมเป็นอย่างไร มีจุดแข็ง/จุดอ่อนที่ควรเสริมส่งหรือปรับปรุงเพิ่มเติมอะไรบ้าง แนวทางการพัฒนาในอนาคตควรเป็นอย่างไร และส่วนที่ 3 ประเมิน 6+1 ชิ้นส่วนหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (โดย รพ.สต.) เป็นรายชิ้นส่วนว่าหลังการถ่ายโอนเป็นอย่างไร มีจุดอ่อน/จุดแข็งอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงพัฒนาให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และแนวทางพัฒนาในอนาคตควรเป็นอย่างไร โดยใช้วิธีวิทยา “การวิจัยผสมผสาน” การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้ร่วมกับ สวรส. คัดเลือก รพ.สต. จำนวน 32 แห่ง กระจายออกไปใน 8 จังหวัดจาก 4 ภาคของประเทศ และการศึกษาเชิงปริมาณ ได้ใช้วิธีหอดแบบสอบถามไปยังประชากรทั้งหมด (จำนวน รพ.สต. 3,263 แห่ง อบจ. 49 แห่ง และ สสจ. 49 แห่ง) ซึ่งก็ได้รับการตอบกลับมาจำนวน 35 อบจ. 35 สสจ. และ 450 รพ.สต. และได้ผ่านการตรวจสอบแล้ว ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการประเมินแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินการของ อบจ. ว่าได้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอนฯ ตามประกาศ ก.ก.ธ. หรือไม่ กล่าวคือ **ความก้าวหน้าในการจัดตั้งและการดำเนินการด้านโครงสร้างองค์กร** พบว่า ทุกจังหวัดได้จัดตั้งเรียบร้อยแล้ว **การจัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นใน อบจ.** พบว่า อบจ. ทุกแห่งได้ดำเนินการ “เรียบร้อยแล้ว” ใน 4 กิจกรรม **ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงานบุคคล** การรับการถ่ายโอนบุคลากรสมัครใจรับการถ่ายโอนมายัง อบจ. ทุกแห่ง ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว **ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงบประมาณ การเงิน และการบัญชี** พบว่า อบจ. ทุกแห่ง ได้ดำเนินการ “เรียบร้อยแล้ว” ใน 4 กิจกรรม **ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล** พบว่า หลังการถ่ายโอน 5-6 เดือน อบจ. ไม่สามารถทำการประเมินผลการปฏิบัติได้ครบถ้วน แต่ อบจ. ได้เอาใจใส่โดยได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ รวมถึงมีการกำหนดรอบการประเมินไว้อย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินองค์รวมของระบบบริการปฐมภูมิ ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอน องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิยังคงเหมือนเดิม(เหมือนกับก่อนการถ่ายโอน) และสถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า ในด้านการเปรียบเทียบการบริการระหว่างก่อนโอนและหลังโอน พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงเหมือนเดิม

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินชิ้นส่วนหลัก 7 ชิ้นส่วน ผลการประเมินพบว่า 1) การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. สรุปได้ว่าตัวแบบและลักษณะการให้บริการส่วนใหญ่ ยังใช้รูปแบบเดิมตามเกณฑ์ของ รพ.สต. ติดตาม 2) การจัดการกำลังคน พบว่า หลังการถ่ายโอนจำนวนกำลังคนของ รพ.สต. มีกำลังคนเพิ่มขึ้นจากก่อนการถ่ายโอนเฉลี่ย 0.74 คนต่อ รพ.สต. 3) การจัดการระบบสารสนเทศ พบว่า ส่วนใหญ่การจัดการระบบ

สารสนเทศยังคงเหมือนกับก่อนการถ่ายโอน 4) การจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์การแพทย์ พบว่า หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. ภาพรวมการจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์การแพทย์ของ รพ.สต. (ร้อยละ 93.75) ยังคงเหมือนเดิม 5) การจัดการระบบการเงินและงบประมาณ พบว่า หลังการถ่ายโอน มีลักษณะเปลี่ยนไปดังนี้ (1) เงินเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. มีสัดส่วนร้อยละ 36 ของรายได้ทั้งหมด (2) รายได้จากเงินอุดหนุนตามขนาดที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน มีสัดส่วนร้อยละ 40 (3) เงินอุดหนุนเพิ่มเติมจาก อบจ. อีกเฉลี่ยร้อยละ 3 (4) เงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ร้อยละ 6 (5) เงินค่าเสื่อมราคาร้อยละ 5 และ (6) รายได้อื่น ๆ ร้อยละ 10 6) การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า หลังการถ่ายโอน มีแนวโน้มว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิในส่วนของ อบจ. และส่วนของ สสจ. จะแยกออกจากกัน หากไม่ได้รับการบูรณาการที่เหมาะสม ซึ่งทั้ง สสจ. และ อบจ. มีความเห็นตรงกันว่า ควรมีการพัฒนา ระบบ อภิบาลของชาติให้มีเอกภาพตามหลักการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ 7) การมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า หลังการถ่ายโอน ผลลัพธ์และผลกระทบต่อประชาชนในด้านบริการต่าง ๆ ของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังคง เหมือนกับก่อนการถ่ายโอน ประชาชนมีความพึงพอใจมากขึ้น และมีความเชื่อมั่นการให้บริการของ รพ.สต.

คำสำคัญ: ประเมินผลนโยบายการถ่ายโอน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, องค์การบริหารส่วนจังหวัด

Abstract

Summary Report Objectives Part 1: To evaluate the operations of Provincial Administrative Organizations (PAOs) in terms of whether they have carried out their missions in accordance with the transfer criteria specified by the Announcement of the Committee. The evaluation includes assessing the results of these operations, identifying strengths and weaknesses (or opportunities and obstacles), and providing recommendations for future improvement and development. Part 2: Overall Status of the Primary Health Care (PHC) system, with PHC units (PCUs) as the main service providers in the area, after they have been transferred to the PAOs. This includes identifying any changes, the overall status of the system, strengths and weaknesses that need enhancement or improvement, and suggestions for future development. Part 3: To evaluate the Six+One Key Components of the PHC System, focusing on the status after the transfer. This involves identifying strengths and weaknesses of each component and providing recommendations for strengthening and developing these components in the future. Methodology The evaluation uses a "mixed-methods research" approach: Qualitative Study: Conducted in collaboration with the Health Systems Research Institute (HSRI), selecting 32 PCUs across 8 provinces in 4 regions of the country. Quantitative Study: Utilizing a survey method, questionnaires were distributed to the entire population (3,263 SHPHs, 49 PAOs, and 49 Provincial Public Health Offices). Responses were received from 35 PAOs, 35 Provincial Public Health Offices, and 450 PCUs. The responses were statistically validated at a 95% confidence level.

The evaluation results are divided into 3 parts as follows.

Part 1: The results of the evaluation of the progress of the PAOs operations, whether they have complied with the transfer criteria according to the announcement of the committee or not, that is, the progress in establishment and operation. In terms of organizational structure, it was found that every province has already been established. The establishment of the Public Health Division in the PAOs found that all PAOs have implemented "Already completed" in 4 activities, progress in personnel operations The acceptance of voluntary personnel transfers to all PAOs has been completed. Progress in operations regarding budget, finance and accounting found that all Provincial Administrative Organizations have performed "successfully" in 4 activities. Progress in operations in supervision, monitoring and evaluation was found that after the transfer of 5-6 This month, the PAOs was unable to complete a complete performance evaluation, but the PAOs took care by appointing a sub-committee. Including the evaluation cycle being clearly defined.

Part 2 Results of the overall assessment of the primary care system; The evaluation results found that after the transfer, the overall structure of the primary health system remained the same (as before the transfer); and the overall status of the primary health system was found to be in comparison of services between before the transfer and after the transfer. It was found that most of them remain the same.

Part 3 Results of the evaluation of 7 main parts. The results of the evaluation found that 1) Primary health service provision of the Subdistrict Health Promotion Hospital (SHPHs). It can be concluded that the models and characteristics of most services Still using the same format according to the criteria of the star-

rated SHPHs. 2) Manpower management. It was found that after the transfer of the number of manpower of the SHPHs, the manpower increased from before the transfer by an average of 0.74 people per hospital. 3) Information system management, found that for the most part, information system management remains the same as before the transfer. 4) Management of medicines, medical supplies, and medical equipment. It was found that after the transfer to the PAOs, overall medicine management medical supplies and medical equipment of the SHPHs (93.75 percent) remain the same. 5) Management of the financial system and budget found that after the transfer the characteristics have changed as follows: (1) Lump sum payments per capita from NHSO account for 36 percent of total income. (2) Income from subsidies according to the size has been additionally allocated according to the transfer criteria. The proportion is 40 percent, (3) additional subsidies from the PAO, an average of 3 percent, (4) Subsidies from the local health insurance fund, 6 percent, (5) Depreciation money, 5 percent, and (6) Income other 10 percent 6) Primary health system governance found that after the transfer It is likely that the primary health system of the PAO and the Provincial Public Health Office will be separated from each other. If there is no proper integration, which both the Provincial Public Health Office and the PAO agree that There should be a unified national health care system developed according to the principles of the primary health system and 7) Public participation. It was found that after the transfer the results and impact on the people in various services at the SHPHs remain mostly the same as before the transfer. People are more satisfied. and have confidence in the services of the SHPHs.

Keywords: Evaluation of transfer policy, Subdistrict Health Promoting Hospital, Provincial Administrative Organization

สารบัญ

บทคัดย่อ	ก
ABSTRACT	ค
สารบัญ	จ
สรุปภาพรวม โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด	1
1. เหตุผล/ความจำเป็นของโครงการ	1
2. วัตถุประสงค์	1
3. วิธีวิทยาการวิจัย	2
4. ผลการวิจัย	2
4.1 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 1 : ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของ อบจ. ในรอบ 6 เดือนที่ประเมิน (ต.ค. 2565 - มี.ค. 2566)	3
4.2 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 2 : องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ	10
4.2.1 หลังการถ่ายโอนองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมหรือไม่	10
4.2.2 สถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นอย่างไร เมื่อ (ก) เปรียบเทียบ กับก่อนการถ่ายโอน (ข) เมื่อพิจารณาถึงสถานะความสมบูรณ์ ด้านขีดความสามารถของตัวแบบ	11
4.3 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 3 7 ชิ้นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (โดย รพ.สต.)	13
4.3.1 การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต.	13
4.3.2 การจัดการกำลังคน	14
4.3.3 การจัดการระบบสารสนเทศ	17
4.3.4 การจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์การแพทย์	19
4.3.5 การจัดการระบบการเงินและงบประมาณ	25
4.3.6 การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ	28
4.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน	31

สรุปภาพรวม

โครงการวิจัยประเมินผลนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1. เหตุผล/ความจำเป็นของโครงการ

การถ่ายโอน รพ.สต. ให้แก่ อบจ. เป็นการปฏิรูปเชิงโครงสร้างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการส่งมอบบริการสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน เนื่องจากการถ่ายโอนดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอำนาจ การบริหาร และการจัดการของระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติไปพร้อมกัน ประกอบกับผู้รับโอน (อบจ.) ยังขาดทั้งทางด้านวิชาการและด้านประสบการณ์ในการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงทำให้เกิดข้อกังวลว่า การถ่ายโอนครั้งนี้จะประสบผลเป็นอย่างไร สำเร็จหรือล้มเหลว หรือมีจุดอ่อน/จุดแข็งอย่างไรบ้างที่ควรติดตาม ประเมิน และนำผลมาปรับปรุง/เพิ่มเติมให้ทั้งการถ่ายโอนและบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (สพบ.) จึงร่วมมือกัน “ทำการวิจัย ประเมินผล การถ่ายโอนดังกล่าว โดยหวังว่าจะได้ผลจากการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุง/พัฒนาการถ่ายโอนฯ และพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์ สูงสุดจากนโยบายถ่ายโอนครั้งนี้อย่างมั่นใจ

2. วัตถุประสงค์

โดยเหตุผลดังกล่าว โครงการวิจัยนี้จึงถูกกำหนดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เพื่อประเมินในการดำเนินงานของ อบจ. ว่าได้ดำเนินการภารกิจของตนเพื่อให้การรับโอน เป็นไปตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอนฯ ตามประกาศ ก.ก.ธ. หรือไม่ ผลการดำเนินการเป็น อย่่างไร(ก้าวหน้า vs ล่าช้า) มีจุดแข็ง/จุดอ่อน(หรือโอกาส/อุปสรรคขัดข้อง)อย่างไร และ ควรปรับปรุงพัฒนาต่อไปอย่างไร

ส่วนที่ 2 เพื่อประเมินสถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ(โดย รพ.สต. เป็นหน่วยบริการหลักใน พื้นที่)ว่า หลังจากได้ถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แล้ว มีการเปลี่ยนแปลงอะไรหรือไม่ อย่่างไร(ดีขึ้นหรือเลวลงกว่าก่อนการถ่ายโอน) สถานะของระบบโดยรวมเป็นอย่างไร (มี ความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายของระบบตามที่คาดหวังหรือไม่ อย่่างไร) มีจุด แข็ง/จุดอ่อนที่ควรเสริมส่งหรือปรับปรุงเพิ่มเติมอะไรบ้าง แนวทางการพัฒนาในอนาคตควร เป็นอย่างไร

ส่วนที่ 3 เพื่อประเมิน 6+1 ชิ้นส่วนหลัก (building blocks) ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (โดย รพ.สต.) เป็นรายชิ้นส่วนว่า หลังการถ่ายโอนเป็นอย่างไร (ดีขึ้นหรือแย่ลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน) มีจุดอ่อน/จุดแข็งอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงพัฒนาให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และแนวทางพัฒนาในอนาคตควรเป็นอย่างไร

3. วิธีวิทยาการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลหลังจาก รพ.สต. ได้รับการถ่ายโอนไปแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน (คือระหว่างตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566 เป็นอย่างน้อย) โดยได้นำวิธีวิทยา “การวิจัยผสมผสาน” มาใช้ โดยเริ่มจากการวิจัยคุณภาพชนิดสำรวจเป็นรายกรณี รพ.สต. หลังจากนั้นได้ทำการอุปนัย (induction) ขึ้นเป็นผลรวมรายจังหวัดและเป็นระดับชาติตามลำดับ ในด้านตัวอย่างที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้ร่วมกับ สวรส. คัดเลือก รพ.สต. จำนวน 32 แห่ง กระจายออกไปใน 8 จังหวัดจาก 4 ภาคของประเทศ เมื่อได้คำตอบเชิงคุณภาพที่ต้องการแล้ว ได้ถอดประเด็นสำคัญของคำตอบออกมาเพื่อตรวจสอบยืนยันถึงความเป็นทั่วไปของคำตอบดังกล่าวโดยวิธีเชิงปริมาณอีกครั้ง สำหรับการศึกษเชิงปริมาณ ได้ใช้วิธีทอแบบสอบถามไปยังประชากรทั้งหมด (จำนวน รพ.สต. 3,263 แห่ง อบจ. 49 แห่ง และ สสจ. 49 แห่ง) ซึ่งก็ได้รับการตอบกลับมาจำนวน 35 อบจ. 35 สสจ. และ 450 รพ.สต. ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการให้คำตอบแก่การวิจัยนี้ โดยจำนวนที่ได้ตอบกลับนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบแล้ว ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

หลังจากได้คำตอบแล้ว ได้ทำการศึกษาความเป็นไปได้ของคำตอบ โดยการสัมภาษณ์ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในประเด็นสำคัญที่ค้นพบ ทั้งด้านกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัด หลังจากได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงได้จัดสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นข้อสรุปในการนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติอีกครั้ง เป็นการปิดท้ายกิจกรรมการวิจัย

4. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ได้จัดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ *ส่วนที่ 1* ผลการประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินการของ อบจ. ว่าได้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอนฯ ตามประกาศ ก.ก.ถ. หรือไม่ (อันเป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1.) *ส่วนที่ 2* ผลการประเมินองค์รวมของระบบบริการปฐมภูมิ อันเป็นการตอบสนองวัตถุประสงค์ข้อที่ 2. และ *ส่วนที่ 3* ผลการประเมินชิ้นส่วนหลัก 7 ชิ้นส่วน อันเป็นการตอบสนองวัตถุประสงค์ข้อที่ 3.

ผลการวิจัยแต่ละส่วนสรุปสาระสำคัญได้ ดังต่อไปนี้

4.1 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 1 :

ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของ อบจ. ในรอบ 6 เดือนที่ประเมิน (ต.ค. 2565 - มี.ค. 2566)

ในส่วนที่ 1 เนื่องจากตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน อบจ. มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศ ก.ก.ธ. 5 กิจกรรม ซึ่งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ต.ค. 2565 - มี.ค. 2566) จากผลการประเมินพบว่า มีความก้าวหน้าในการดำเนินการ ดังนี้

4.1.1 ความก้าวหน้าในการจัดตั้งและการดำเนินการด้านโครงสร้างองค์กร

ซึ่งประกอบด้วย ด้านการจัดตั้ง กสพ. และการจัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นใน อบจ. เพื่อทำหน้าที่อภิบาล รพ.สต. ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการถ่ายโอนผลประเมินมีดังนี้

4.1.1.1 การจัดตั้งและการดำเนินการ กสพ.

พบว่า ทุกจังหวัดได้จัดตั้งเรียบร้อยแล้ว ส่วนการดำเนินการของ กสพ. ในรอบ 6 เดือนหลังที่ได้รับโอน รพ.สต. มานั้น พบว่า 4 กิจกรรมที่ อบจ. ทุกแห่งดำเนินการเรียบร้อยแล้ว คือ (1) การจัดตั้ง กสพ. โดยแต่ละ กสพ. ได้เริ่มปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของตนแล้ว กล่าวคือได้จัดให้มีการการประชุมแล้ว เฉลี่ย 1.5 ครั้ง (2) กสพ. โดยได้สรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะ (3) ได้ประสานแจ้งผลการประชุมให้ผู้เกี่ยวข้องทราบถึงมติที่ประชุมโดยทั่วถึง

สำหรับความก้าวหน้าในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของ กสพ. ทั้ง 8 อบจ. มีดังนี้ ได้แก่

- (1) ด้านการจัดวางระบบฐานข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ของ อบจ. พบว่า ได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว 3 อบจ. ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 2 อบจ.
- (2) ด้านการจัดวางระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและโรคระบาด พบว่า ที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 5 อบจ. ระหว่างดำเนินการ 1 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 1 อบจ.
- (3) ด้านการกำหนดแนวทางพัฒนา อสม. ให้เป็นผู้ช่วยประกอบอาชีพการสาธารณสุข พบว่า ที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และยังไม่ได้ดำเนินการ 3 อบจ.
- (4) ด้านการจัดให้มี “คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข” พบว่า ที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 2 อบจ. ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 3 อบจ.

4.1.1.2 การจัดตั้งกองสาธารณสุขขึ้นใน อบจ.

เนื้อหาการประเมินประเด็นนี้ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ผลการประเมินพบว่า อบจ. ทุกแห่งได้ดำเนินการ “เรียบร้อยแล้ว” ใน 4 กิจกรรม คือ (1) การจัดตั้งกองสาธารณสุข (2) การจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (3) มีหัวหน้ากองและหัวหน้าฝ่ายครบแล้ว (แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในสถานะรักษาการ เนื่องจากยังไม่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม) (4) มีบุคลากรระดับปฏิบัติครองตำแหน่งครบแล้ว ในส่วนกิจกรรมที่เสร็จเรียบร้อยแล้วเพียงบางแห่ง มีดังนี้ กิจกรรมที่ (5) การจัดทำกรอบกำลังคน 3 ปีของกองฯ พบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 4 อบจ. และอยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และกิจกรรมที่ (6) การเตรียมความพร้อมของกอง

สาธารณสุขในการดำเนินการภารกิจของตนได้อย่างเต็มที่แล้วหรือไม่ การศึกษาพบว่า อบจ. ที่มีความพร้อมเรียบร้อยแล้ว 3 อบจ. และอยู่ระหว่างดำเนินการ 5 อบจ.

โดยสรุป การดำเนินการจัดตั้งกองสาธารณสุขได้รับการดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ปี 2564-2565 ผลการดำเนินการสรุปได้ว่าแต่ละ อบจ. ได้เอาใจใส่ดำเนินการเรื่องนี้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่า อบจ. ส่วนใหญ่จะยังไม่สามารถบรรจุคนลงครองตำแหน่งได้ครบถ้วนทั้งหมด เนื่องจากยังไม่สามารถสรรหาคนที่มีความสมบัติเหมาะสมได้ แต่ทุกตำแหน่งได้แต่งตั้งบุคลากรที่มีความสมบัติใกล้เคียงรักษาการไว้ก่อน ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ก้าวหน้าไปได้โดยไม่ติดขัด และทุก อบจ. คาดหมายว่า ภายในปีงบประมาณ 2566 กองสาธารณสุขของ อบจ. จะมีความพร้อมอย่างเต็มที่

4.1.2 ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงานบุคคล

การถ่ายโอนบุคลากรในรอบปีงบประมาณ 2566 ซึ่งเป็นปีแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ซึ่งเกณฑ์การถ่ายโอนได้กำหนดไว้ให้ อบจ. ต้องดำเนินการด้านงานบุคคล 5 ประเด็นสำคัญ ซึ่ง อบจ. ได้ดำเนินการไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ คงเหลืออีกบางส่วนที่ต้องรอให้ส่วนกลางพิจารณาดำเนินการด้วย ผลการประเมินสรุปความก้าวหน้าได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 กรณีการรับการถ่ายโอนบุคลากรที่สมัครใจรับการถ่ายโอนมายัง อบจ.

พบว่า ทุก อบจ. ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้วทั้ง 6 กรณีย่อยคือ (1) กรณีการถ่ายโอนลูกจ้าง (2) กรณีการปรับปรุงแผนอัตรากำลัง 3 ปี ให้แก่ รพ.สต. ในสังกัด (3) กรณี อบจ. ได้ขออนุมัติกรอบอัตรากำลังจาก ก.จ.จ. (4) กรณีการของบประมาณด้านกำลังคน (ตามระบบสารสนเทศเพื่อการจัดทำงบประมาณของ อบต. : BBL) (5) กรณีสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ได้รับการถ่ายโอนมายัง อบจ. และ (6) กรณีการเลื่อนระดับหรือตำแหน่งให้สูงขึ้นโดยให้ยึดถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เดียวกับข้าราชการลูกจ้างของ อบจ. โดยให้นับเวลาราชการต่อเนื่อง

ประเด็นที่ 2 การจัดการกรณีบุคลากรไม่สมัครใจโอน และการจัดการให้เป็นไปตามเงื่อนไขเฉพาะกรณีตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน

ผลการประเมินสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินการ 5 กรณี ดังนี้

4.1.2.1 กรณีบุคลากรไม่สมัครใจรับการถ่ายโอน ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษา ได้ดำเนินการโดยมีผลการดำเนินการดังนี้

- 1) ได้ดำเนินการจัดหา/ตั้งอัตราทดแทน โดยได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 3 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 1 อบจ.
- 2) ได้ดำเนินการให้สำนักงบประมาณสนับสนุนงบประมาณ เพื่อจะได้ทำการสรรหาบุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 5 อบจ.

- 3) กรณีที่บุคลากร รพ.สต. บางตำแหน่งที่ไม่สมัครใจถ่ายโอนมายัง อบจ. และสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีการโยกย้ายบุคลากรและตำแหน่งผู้นั้นไปหน่วยงานอื่นในสังกัด ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีกรณีนี้เกิดขึ้นใน 2 อบจ. และส่วนที่เหลืออีก 3 อบจ. ไม่แน่ใจว่ามีหรือไม่ กรณีนี้ อบจ. มิได้ดำเนินการใด ๆ เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องที่ ก.ก.ธ. ควร พิจารณาแก้ไข
- 4) กรณีบุคลากร รพ.สต. ไม่สมัครใจถ่ายโอนมายัง อบจ. และได้มีการขอยุ่ช่วยราชการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปพลางก่อน บุคลากรผู้นั้นได้รับการอนุมัติให้อยู่ช่วยราชการหรือไม่ กรณีนี้ ผลการประเมินได้รับคำตอบว่ามี แต่ไม่ได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด 4 อบจ. และที่มีทั้งที่ได้รับ อนุมัติและไม่ได้รับอนุมัติ 1 อบจ. และไม่มีกรณีดังกล่าว 3 อบจ.
กรณีนี้ อบจ. ต่าง ๆ มีความเห็นว่า ตนไม่มีอำนาจดำเนินการใด ๆ ได้ จึงเห็นว่า ควรเป็น การกิจของ ก.ก.ธ. ได้พิจารณาแก้ไข
- 5) กรณีต้องดำเนินการจัดหาอัตราทดแทน (เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนหนึ่งของ รพ.สต./สอ. ไม่สมัครใจถ่ายโอนมายัง อบจ.) อบจ. ได้ดำเนินการจัดหาอัตราทดแทน ตามประกาศ ก.ก.ธ. ที่กำหนดหลักการไว้แล้วหรือไม่ ผลการศึกษพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 3 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 อบจ. ยังไม่ได้เริ่ม 2 อบจ. และไม่มีกรณีดังกล่าว 1 อบจ.

โดยสรุป ทุก อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ

4.1.2.2 กรณี รพ.สต. มีบุคลากรขาดแคลนไม่ครบตามมาตรฐานกรอบอัตรากำลัง

กรณีนี้ อบจ. ได้ดำเนินการสรรหาเพิ่มเติมแล้วหรือไม่ ผลการศึกษพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการ เรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 3 อบจ.

4.1.2.3 กรณีการดำเนินการให้ ก.จ. กำหนดให้มีหลักเกณฑ์ตามมาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับการคัดเลือก บุคลากรจำเป็นเร่งด่วนเป็นกรณีพิเศษ โดยไม่จำเป็นต้องสอบแข่งขันเพื่อบรรจุ อบจ. ได้ดำเนินการแล้วหรือไม่ ผลการศึกษพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 4 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 1 อบจ.

4.1.2.4 กรณีการสรรหาออกจาก อบจ. ได้สรรหาโดยใช้วิธีคัดเลือกวิธีพิเศษแล้ว ได้มีการสรรหาโดย วิธีอื่นด้วยแล้วหรือไม่

ผลการศึกษพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 3 อบจ.

4.1.2.5 กรณีการบรรจุตำแหน่งต่าง ๆ ที่รับโอนมาให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ใน 6 กรณีย่อย ดังนี้

- 1) กรณีตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ให้รับโอนมาในตำแหน่งเดิม และหากมีคุณสมบัติครบถ้วน ตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก็ให้ อบจ. เลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้น ตามประกาศ ก.จ.จ. หรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 4 อบจ. และอยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ.

- 2) กรณี จพง. สาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ ให้ อบจ. ดำเนินการสอบคัดเลือกเพื่อเปลี่ยนสายงานเป็นประเภทวิชาการได้ในตำแหน่งที่ได้รับการจัดสรรทดแทนแล้วหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 3 อบจ. และอยู่ระหว่างดำเนินการ 5 อบจ.

- 3) กรณีตำแหน่งอื่น ๆ ที่สามารถรับโอนมาในตำแหน่งและระดับเดิม อบจ. ได้ดำเนินการแล้วหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 4 อบจ.

- 4) กรณีการรับโอนที่อัตราเงินเดือนเดิมที่ไม่ตรงกับอัตราขั้นเงินเดือนของข้าราชการ อบจ. โดยตามเกณฑ์การถ่ายโอนให้ทำการรับโอนมาในระดับอัตราเงินเดือนใกล้เคียงที่สูงกว่าเดิม อบจ. ได้ดำเนินการแล้วหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 6 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 1 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 1 อบจ.

- 5) กรณีการรับถ่ายโอนข้าราชการสายงานทั่วไปตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขระดับอาวุโสมาสังกัด อบจ. แล้ว เมื่อได้รับอัตราเงินเดือนตามบัญชี 5 ของ อบท. ถึงขั้นสูงของระดับอาวุโสแล้ว ก.จ. ได้มีประกาศให้ข้าราชการของ อบท. (รวม อบจ.) ไปรับอัตราเงินเดือนสายงานวิชาการระดับชำนาญการพิเศษ (บัญชี 5) เพราะมาตรฐานบริหารงานบุคคลของ อบท. ไม่มีระดับทักษะพิเศษ กรณีนี้ อบจ. ได้ดำเนินการแล้วหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. แต่ละแห่งได้ใช้ดุลยพินิจแตกต่างกัน (ดังกล่าวมาแล้วในผลการประเมิน)

- 6) กรณีการนับเวลาในการดำรงตำแหน่ง อบจ. ได้นำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเดิม มานับรวมเป็นระยะเวลาในการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น หรือนำมาใช้เป็นระยะเวลาในการสอบคัดเลือกหรือคัดเลือกได้ โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ ก.จ.จ. กำหนด และสอดคล้องกับเกณฑ์ กพ. หรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 7 อบจ. อยู่ และยังไม่ได้เริ่ม 1 อบจ.

โดยสรุป กรณีการบรรจุตำแหน่งต่าง ๆ ที่รับโอนมา เพื่อให้ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการดำรงตำแหน่งตามมาตรฐานการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งหมดอยู่ระหว่างดำเนินการ

ประเด็นที่ 3 กรณีการดำเนินการให้เป็นไปตามหลักการบริหารงานบุคคลท้องถิ่น

พบว่า จาก 4 กรณีย่อย อบจ. ทุกแห่งได้ดำเนินการ **“เรียบร้อยแล้ว”** ใน 3 กรณี (คือ กรณีที่ 1, 3, และ 4) ดังนี้

- 1) กรณีที่ 1 ให้ อบจ. ยึดหลักการบริหารงานบุคคลโดยเน้นที่สมรรถนะของบุคคลเป็นหลัก บุคคลแต่ละกลุ่มมีมาตรฐานที่ชัดเจน โปร่งใส ตลอดจนจัดให้มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน
- 2) กรณีที่ 3 การจัดการให้บุคลากรที่ถ่ายโอน ต้องได้รับสิทธิและสวัสดิการไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับก่อนการถ่ายโอน และ
- 3) กรณีที่ 4 ค่าบำรุงรักษาพยาบาลที่ สอน./รพ.สต. จัดเก็บเองตามหลักเกณฑ์ที่ได้มอบอำนาจให้ อบจ. เป็นผู้จัดการจัดการ โดย อบจ. สามารถมอบหมายอำนาจต่อไปให้ สอน./รพ.สต. ดำเนินการได้ตามระเบียบ มท.

สำหรับกรณีย่อยที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้วเพียงบางแห่ง คือ กรณีที่ 2 หากบุคลากรที่ถ่ายโอนประสงค์จะสอบคัดเลือกเพื่อดำรงตำแหน่งสายงานบริหารของ อบจ. สามารถดำเนินการได้ โดยนับเวลาต่อเนื่องเสร็จ

ผลการศึกษาพบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 1 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 6 อบจ.

ประเด็นที่ 4 กรณีการกำหนดมาตรฐานกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างของ รพ.สต. เอาไว้เพื่อเป็นเป้าหมายการพัฒนาระยะยาว

ผลการประเมินพบว่า

กรณีกรอบมาตรฐานอัตรากำลังที่ส่วนกลางกำหนดไว้ (SML = 7, 12, 14) อบจ. ทุกแห่งเห็นว่าตำแหน่ง กลุ่มงาน และจำนวนบุคลากร **“มีความเหมาะสม”** และมี อบจ. 1 แห่งที่เสนอให้ยึดหลักการด้วยว่ากรอบอัตรากำลังของ รพ.สต. ควรมีความยืดหยุ่นไปตามความจำเป็นในการให้บริการของแต่ละพื้นที่และตามนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่นด้วย

โดยสรุป ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงานบุคคล การรับการถ่ายโอนบุคลากรสมัครใจรับการถ่ายโอนมายัง อบจ. ทุกแห่ง ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว แต่การรับโอนบุคลากรกรณีอื่น ๆ สำนักรับประมาณยังไม่ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการสรรหาบุคลากรตามกรอบโครงสร้างอัตรากำลัง อีกทั้งกรณี รพ.สต. มีบุคลากรไม่ครบตามมาตรฐานกรอบอัตรากำลัง ทั้งนี้ อบจ. ทุกแห่งที่ศึกษาแจ้งว่าได้ขออัตรากำลังไปแล้ว แต่ยังไม่ได้รับคำตอบจาก ก.ธ.

อนึ่ง อบจ. ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักการบริหารงานบุคคลท้องถิ่นเรียบร้อยแล้ว แต่ในกรณีหากบุคลากรที่ถ่ายโอน ประสงค์จะสอบคัดเลือกเพื่อดำรงตำแหน่งสายงานบริหารของ อบจ. ส่วนใหญ่ยังไม่ดำเนินการเนื่องจากเป็นอำนาจของ ก.ธ. ในส่วนของการกำหนดมาตรฐานกรอบอัตรากำลังและโครงสร้างของ

รพ.สต. เอาไว้ เพื่อเป็นเป้าหมายการพัฒนาในระยะยาว อบจ. ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสม และเสนอว่ากรอบอัตราดังกล่าวควรจะมีคามยืดหยุ่น และปรับได้ตามความเหมาะสม

4.1.3 ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านงบประมาณ การเงิน และการบัญชี

ในการประเมินความก้าวหน้าด้านงบประมาณ การเงิน และการบัญชี ซึ่งมีประเด็นการประเมินทั้งหมด 6 กิจกรรม ผลการประเมินพบว่า อบจ. ทุกแห่ง ได้ดำเนินการ **“เรียบร้อยแล้ว”** ใน 4 กิจกรรม คือ

- 1) การดำเนินการให้ อบจ. บริหารงบประมาณ การเงิน และการบัญชีของ สอน./รพ.สต. ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยไปก่อน จนกว่าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องจะปรับปรุงแก้ไข
- 2) กรณีการให้นายก อบจ. มอบหน้าที่และอำนาจให้ผู้อำนวยการ สอน./รพ.สต. สามารถอนุมัติใช้เงินบำรุงก่อนนี้ผู้กผัน ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย (มท.)
- 3) กรณีการให้นายก อบจ. มอบหมายหน้าที่และอำนาจให้ผู้อำนวยการ สอน./รพ.สต. ลงนามอนุมัติโครงการที่ต้องใช้เงินบำรุงตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย (มท.)
- 4) กรณีการให้สำนักงบประมาณ และ ก.ก.ธ. จัดสรรงบประมาณให้ สอน./รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้ อบจ. ตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ

สำหรับ **กิจกรรมที่ยังไม่เรียบร้อยเป็นส่วนใหญ่** อีก 2 กิจกรรม มีดังนี้

- 1) การกำหนดให้ สอน./รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนแก่ อบจ. มีแหล่งรายได้ที่เหมาะสม พบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 4 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ 1 อบจ.
- 2) กรณีการให้ อบจ. พิจารณากำหนดอัตราบุคลากรตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินตามโครงสร้างอัตราบุคลากรของ สอน./รพ.สต. ให้ อบจ. ขอความเห็นชอบต่อ กสพ. พบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้วเพียง 1 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 7 อบจ.

โดยสรุป การดำเนินการด้านงบประมาณ การเงิน และบัญชี ซึ่งแต่ละ อบจ. ได้ดำเนินการขับเคลื่อนไปตามอำนาจหน้าที่ของตน แต่กรณีเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ การถ่ายโอนอยู่ในช่วงระยะเวลาหลังการจัดทำคำของบประมาณ โดยคาดว่าหลังการถ่ายโอนมาสู่ อบจ. แล้ว จะสามารถเสนอขอรับงบประมาณส่วนนี้ในปีงบประมาณถัดไปได้ นอกจากนี้ ยังมีกรณีการให้ อบจ. พิจารณากำหนดอัตราบุคลากรตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินฯ ตามโครงสร้างบุคลากร รพ.สต./สอน. อบจ. ส่วนใหญ่ไม่ได้ขอความเห็นต่อ กสพ. เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับงบประมาณของ อบจ. จึงไม่ได้อยู่ในอำนาจพิจารณาของ กสพ.

4.1.4 ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านการบริหารภารกิจสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต.

ในการนี้ อบจ. ได้ทำการบริหารเพื่อให้เกิดการบูรณาการ โดยมีกิจกรรมที่ อบจ. รับผิดชอบ 7 กิจกรรม ซึ่งมีผลการดำเนินการ**เรียบร้อยแล้ว** 4 กิจกรรม และ**ยังไม่เรียบร้อย** 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่เรียบร้อยแล้ว 4 กิจกรรม มีดังนี้

- 1) อบจ. ต้องจัดให้มีแผนและการทำงานให้ รพ.สต. ให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติบริการ

- 2) อบจ. ต้องทำบันทึกข้อตกลงกับ สสจ. เพื่อให้บุคคลในสังกัด สอน./รพ.สต. มีคุณสมบัติสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ตามระเบียบกระทรวง สธ.
- 3) อบจ. ต้องดำเนินการให้ทุก สอน./รพ.สต. ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับ สปสช.
- 4) กรณี อบจ. ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตำแหน่งนายแพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร เพื่อเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพดังกล่าว ของผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. กรณีดังกล่าว อบจ. ได้ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับ สสจ. เพื่อจัดหาผู้ประกอบวิชาชีพ มาสนับสนุนการดำเนินงาน

สำหรับ *กิจกรรมที่ยังไม่เรียบร้อยเป็นส่วนใหญ่* มีดังนี้

- 1) อบจ. พิจารณาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการของ สปสช. และพิจารณาการจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทุก อบจ. ยังไม่ได้ดำเนินการ
- 2) ในระหว่างที่ มท. ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลในสังกัด อบจ. อบจ. จำเป็นต้องนำคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวง สธ. มาใช้ไปก่อนโดยอนุโลม อบจ. ได้ *ผลการประเมินพบว่า* อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 5 อบจ. และอยู่ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ.
- 3) อบจ. จัดสรรงบประมาณสมทบที่กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (โดยคำนึงถึงสถานภาพทางการเงิน การคลังของ อบจ. และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน) เพื่อโครงการและกิจกรรมสุขภาพชุมชน ได้รับการดำเนินการอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงยิ่งขึ้น พบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้วเพียง 1 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 5 อบจ.

โดยสรุป การดำเนินการในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ผลการดำเนินการสะท้อนให้เห็นว่า แม้จะเป็นภารกิจใหม่ที่ได้รับถ่ายโอนมา แต่ อบจ. ได้เอาใจใส่ดำเนินการการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. เป็นอย่างดี สามารถให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม 5 มิติบริการ นอกจากนี้ อบจ. ส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า ยังมีอุปสรรคในเรื่องการจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ อาจจะส่งผลต่อโครงการและกิจกรรมสุขภาพชุมชน ทำให้การขับเคลื่อนไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพและทั่วถึงได้

4.1.5 ความก้าวหน้าในการดำเนินการด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผล

การประเมินความก้าวหน้าในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. ที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อบจ. มีประเด็นการประเมิน 3 กิจกรรมหลัก ซึ่งผลการประเมินมีดังนี้

- 1) อบจ. ต้องดำเนินการกำกับดูแล และประเมินผล สอน./รพ.สต. ซึ่งขึ้นต้น ก.ก.ถ. ได้พัฒนาคู่มือไว้ให้พิจารณาไปพลางก่อนแล้ว พบว่า อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 อบจ.

- 2) อบจ. แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ หรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วนตามความจำเป็นและเหมาะสม ภายใต้อำนาจหน้าที่ของ กสพ. ขึ้นเพื่อกำกับดูแล *การประเมินผลพบว่า* อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 2 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 3 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 3 อบจ.
- 3) อบจ. ต้องจัดการให้ กสพ. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของ สอน./รพ.สต. ให้แก่คณะกรรมการตรวจราชการแบบบูรณาการของจังหวัด และคณะกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่ อบท. *การประเมินพบว่า* อบจ. ที่ศึกษาได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 2 อบจ. อยู่ระหว่างดำเนินการ 4 อบจ. และยังไม่ได้เริ่ม 2 อบจ.

โดยสรุป การดำเนินการในการประเมินความก้าวหน้าในการกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลผลการดำเนินการสรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอน 5-6 เดือน อบจ. ไม่สามารถทำการประเมินผลการปฏิบัติได้ครบถ้วน แต่ อบจ. ได้เอาใจใส่โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการ รวมถึงมีการกำหนดกรอบการประเมินไว้อย่างชัดเจน

4.2 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 2 :

องค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การประเมินผลในส่วนนี้ คณะวิจัยได้นำตัวแบบองค์รวมระบบสุขภาพปฐมภูมิที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย โดยเฉพาะตัวชี้วัดต่าง ๆ ซึ่งมี 87 ตัวชี้วัด ได้ทำการตรวจสอบกับระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยแล้ว(โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแบบ รพ.สต. ติดตาม) เห็นว่ามีความเหมาะสม(ค่อนข้างสอดคล้องกัน) จึงได้นำตัวแบบที่ประยุกต์แล้วนี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน

องค์รวมของตัวแบบดังกล่าว ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน (basic components) 6 องค์ประกอบ ซึ่งผลการประเมินสรุปสาระสำคัญได้ดังต่อไปนี้

4.2.1 หลังการถ่ายโอนองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่

ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนรูปแบบองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิยังคงเหมือนเดิม (เหมือนกับก่อนการถ่ายโอน) โดยทั้ง อบจ. และ รพ.สต. ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาให้เห็นตรงกันว่า รูปแบบโดยรวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ถือปฏิบัติอยู่เป็นรูปแบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้นให้มีความถูกต้องเหมาะสมทั้งตามหลักวิชาการและหลักปฏิบัติที่ดีแล้ว อบจ. และ รพ.สต. ทั้งหลายจึงยังคงยึดมั่นในหลักการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีความประสงค์จะร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยกันหลักดันระบบสุขภาพปฐมภูมิให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ ส่วนแนวทางปฏิบัติบาง อบจ. อาจมีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามความจำเป็นของแต่ละพื้นที่บ้าง เช่น การมอบหมายนโยบายในการเข้าถึงครัวเรือนประชาชนมากขึ้น เน้นการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น มีการกระจายอำนาจให้แก่ ผอ.รพ.สต. มากขึ้น เน้นภาคีการมีส่วนร่วมจากชุมชนและประชาสังคมมากขึ้น เป็นต้น

4.2.2 สถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นอย่างไร เมื่อ (ก) เปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน (ข) เมื่อพิจารณาถึงสถานะความสมบูรณ์ด้านขีดความสามารถของตัวแบบ

ผลการประเมินพบว่า

ก) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการถ่ายโอน

โดยสรุปแล้วสถานะองค์รวมของระบบสุขภาพปฐมภูมิหลังการถ่ายโอน ส่วนใหญ่ยังคงเหมือนเดิม กล่าวคือเหมือนกับก่อนการถ่ายโอน ยกเว้นบางองค์ประกอบที่ดีกว่าเดิมอย่างชัดเจน อันได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณและการกระจายอำนาจให้แก่ ผอ.รพ.สต. ที่มีมากกว่าอย่างชัดเจน

ข) ความสมบูรณ์ด้านขีดความสามารถของตัวแบบ

สำหรับผลการศึกษาตามสถานะตามข้อ (ข) พบว่า แต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ดำเนินการโดย รพ.สต. มีผลค้นพบที่สำคัญเป็นรายองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ลักษณะพื้นฐานหรือฐานคติของระบบ พบว่า ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน ยังคงยึดมั่นในลักษณะพื้นฐานของระบบดังนี้ (1) เป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นภายใต้หลักความสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (2) เป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นโดยยึดหลักความเป็นองค์รวมเชิงพหุภาคีทั้งด้านมิติบริการและมิติการดำเนินการ (3) เป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นให้มีรูปแบบบริการแบบผสมผสานทั้ง 5 ประเภทบริการภายใน รพ.สต. และบริการส่งเสริมป้องกัน EPHFs (Essential Public Health Functions) ภายนอก รพ.สต. และ (4) เป็นระบบที่จัดตั้งขึ้นให้เชื่อมโยงระหว่างบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผลการประเมินโครงสร้างของระบบ 4 ส่วน พบว่า (1) มีโครงสร้างด้านการอภิบาลที่มี พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 มียุทธศาสตร์ชาติ และนโยบายทางการเมืองรองรับที่เข้มแข็ง (2) มีโครงสร้างของระบบที่พร้อมต่อการรับมือกับการคุกคามของโรคที่แข็งแกร่ง เนื่องจากการจัดตั้งที่ครอบคลุมพื้นที่ และมีทีมงานสาธารณสุขเข้าถึงครัวเรือน (3) มีโครงสร้างทางการเงินที่ยังไม่เข้มแข็งมั่นคงเพียงพอ เนื่องจากต้องพึ่งพารายได้จาก สปสช. เป็นหลัก และได้รับการจัดสรรน้อยกว่าความจำเป็นในการใช้จ่าย รายได้ยังไม่มีคะแนนสูง มาตรฐานทางรายได้และรายจ่ายที่ยังไม่ชัดเจน และระบบการเงิน/บัญชีไม่ได้มาตรฐาน (4) โครงสร้างด้านกำลังคน ยังขาดกำลังคนอีกมากเมื่อเปรียบเทียบกับกรอบมาตรฐานกำลังคน ยังไม่มีนโยบายและแผนการผลิตและบรรจุกำลังคนที่ชัดเจน ขาดการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะกำลังคน และขวัญกำลังใจของกำลังคนยังอยู่ในระดับต่ำ

องค์ประกอบที่ 3 ความมั่นคงเพียงพอในทรัพยากรนำเข้า ผลการประเมินพบว่า (1) ขนาดและที่ตั้งของ รพ.สต. มีความเหมาะสมกับพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย (2) แต่ระบบทรัพยากรกำลังคนยังมีความอ่อนแอไม่เพียงพอกับความจำเป็นของภารกิจดังกล่าวแล้ว (3) มีการจัดหาและจัดการระบบยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยังไม่มั่นคงและเพียงพอ เนื่องจากส่วนใหญ่ยังพึ่งตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาเภสัชกรจาก รพช. มาช่วยเหลือสนับสนุน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการจัดการยาที่ยังไม่เพียงพอ (4) ระบบสารสนเทศยังไม่เหมาะสม เนื่องจากยังไม่ให้ความสำคัญต่อสารสนเทศที่ได้มาตรฐานตามภารกิจของ รพ.สต. โดยตรงและเพียงพอ(แต่เป็นระบบที่มุ่งสนองความต้องการของส่วนกลางเป็นหลัก มีความซ้ำซ้อน เสียเวลา และยังมีความคลาดเคลื่อนสูงในการนำเข้าข้อมูล) รวมทั้งยังขาดเครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนบุคลากรด้าน

ข้อมูล/สารสนเทศอีกมาก และระบบสารสนเทศยังไม่เชื่อมโยงกับ อบจ. อันเป็นต้นสังกัดใหม่ของ รพ.สต. (5) ยังไม่มีระบบเทคโนโลยีในการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังขาดระบบการแพทย์ทางไกล และระบบการให้ข้อปรึกษาทางการแพทย์

องค์ประกอบที่ 4 กระบวนการบริการ ผลการประเมินพบว่า (1) มีตัวแบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมในระดับหลักการ แต่ระดับการปฏิบัติให้เป็นไปตามตัวแบบยังต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากขาดทรัพยากรนำเข้ดงกล่าวแล้ว (2) ยังไม่มีกระบวนการประเมินและปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องเหมาะสม เนื่องจาก กสพ. ยังไม่ได้พัฒนาระบบนี้ออกมาให้ชัดเจน (3) มีระบบส่งต่อและรับกลับทางการแพทย์แต่ในทางปฏิบัติส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อติดขัดด้านยานพาหนะและระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังติดขัดและไม่ทั่วถึง

องค์ประกอบที่ 5 ผลผลิตบริการ พบว่า (1) มีความสามารถทางกายภาพ(เชิงปริมาณ)ในการเข้าถึงบริการได้สูง เนื่องจากที่ตั้งและจำนวนของ รพ.สต. มีความครอบคลุมและเหมาะสม แต่คุณภาพของบริการยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก เนื่องจากขาดงบประมาณ/บุคลากรและทรัพยากรอีกมากดังกล่าวแล้ว (2) บุคลากรมีความพร้อมในการให้บริการสูงทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชาวบ้านโดยได้รับการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี (3) คุณภาพบริการยังไม่เหมาะสมตามมาตรฐานที่คาดหวังเนื่องจากขาดทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ ทันตแพทย์(หรือทันตภิบาล) เภสัชกร และบุคลากรประเภทอื่น ๆ อีกมาก ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น (4) ในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะวินิจฉัยประเด็นนี้ได้ เนื่องจาก รพ.สต. เองไม่ได้ยึดหลักเกณฑ์นี้เป็นหลักในการทำงาน (5) ในด้านความปลอดภัยในการให้บริการ พบว่า ในรอบปีที่ทำการประเมินยังไม่มีกรร้องเรียนในเรื่องความปลอดภัยอันเนื่องจากการบริการของ รพ.สต.

องค์ประกอบที่ 6 ผลลัพธ์ของระบบบริการ ผลการประเมินพบว่า (1) มีความสามารถในการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสูง เนื่องจากมีจำนวนและที่ตั้งของ รพ.สต. เหมาะสมดังกล่าวมาแล้ว แต่คุณภาพบริการยังไม่ครบส่วนตามเป้าหมายดังกล่าวมาแล้วเช่นกัน (2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนมากอยู่ในระดับสูง ประชาชนยอมรับในการทำงานของเจ้าหน้าที่ดูจญาติมิตร (3) ความเสมอภาคเท่าเทียมให้บริการสูง เนื่องจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความคุ้นเคยกันสูง จึงไม่มีการเลือกปฏิบัติ และให้บริการอย่างธรรมเทียมเป็นธรรมสูง (4) ยังมีบริการที่มีอาจตอบสนองได้โดย รพ.สต. จำนวนมาก เนื่องจากขีดความสามารถของ รพ.สต. ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ยังขาดแคลนทั้งบุคลากร เงิน และเครื่องมืออุปกรณ์อีกมาก ทำให้ต้องส่งต่อไปยังระดับทุติยภูมิเป็นจำนวนมาก

ในการเปรียบเทียบการบริการระหว่างก่อนโอนและหลังโอน พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงเหมือนเดิม มีส่วนน้อยที่ตอบว่าดีกว่าเดิม เนื่องจากมีงบประมาณและคนเพิ่มขึ้นจากเดิม แต่ก็มีย่อยมากที่ตอบว่าแยกว่าเดิม เนื่องจากมีบุคลากรที่ไม่สมัครใจโอนมาด้วย และ อบจ. ยังไม่สามารถหาบุคลากรมาทดแทนได้

4.3 สรุปผลการประเมินส่วนที่ 3

7 ชิ้นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (โดย รพ.สต.)

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินชิ้นส่วนหลัก (building blocks) 7 ชิ้นส่วน ซึ่งประกอบด้วยชิ้นส่วนตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 6 ชิ้นส่วน คือ (1) การบริการ (2) กำลังคน (3) สารสนเทศ (4) ยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์การแพทย์ (5) การเงิน/งบประมาณ (6) การอภิบาล ส่วนอีก 1 ชิ้นส่วนที่เพิ่มเข้ามาคือ (7) การมีส่วนร่วมของประชาชน

สำหรับหลักเกณฑ์การประเมินแต่ละชิ้นส่วน ได้ใช้หลักเกณฑ์ รพ.สต. ตีตรา รุ่นปี 2566 โดยได้นำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายการประเมินครั้งนี้ และ รพ.สต. ตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 32 รพ.สต. และเชิงปริมาณ 450 รพ.สต.

ผลการประเมิน สรุปสาระสำคัญได้ดังต่อไปนี้

4.3.1 การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต.

การประเมิน มุ่งหาคำตอบ 13 ข้อ ซึ่งปรากฏผลแต่ละข้อดังนี้

(ข้อ 1) ด้านนโยบายหลักในการจัดการบริการของ รพ.สต. ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนไปแล้ว ส่วนใหญ่ยังเหมือนเดิม กล่าวคือยังคงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ และยังคงยึดมั่นในหลักการ รพ.สต. ตีตรา คือ บริการแบบผสมผสาน 5 ประเภทบริการ

(ข้อ 2) ในด้านบริการของ รพ.สต. ที่ส่งมอบแก่ประชาชน ร้อยละ 50 ยืนยันว่ายังเหมือนเดิม(ก่อนการถ่ายโอน) อีกร้อยละ 28.13 เห็นว่าดีกว่าเดิม เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางการเงินและกำลังคนเพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 12.50 พบว่าแย่ลง เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนหนึ่งไม่ถ่ายโอนมาด้วย และ อบจ. ยังไม่สามารถจัดหาคนมาทดแทนได้

(ข้อ 3) การจัดการบริการทันตกรรมหลังการถ่ายโอน ร้อยละ 59.38 พบว่าเหมือนเดิม ขณะที่ร้อยละ 12.50 พบว่าดีขึ้น เนื่องจากมีงบประมาณเพิ่มขึ้น แต่อีกร้อยละ 18.77 พบว่าแย่ลง เนื่องจากหลังการถ่ายโอนแล้วทันตแพทย์จาก รพช. ที่เคยมาช่วยให้บริการไม่มาให้บริการเหมือนเดิม

(ข้อ 4) ด้านบริการการแพทย์แผนไทย สรุปได้ว่าหลังการถ่ายโอนร้อยละ 71.88 พบว่ายังเหมือนเดิม ร้อยละ 12.50 เห็นว่าหลังการถ่ายโอนดีกว่าเดิม เนื่องจากการได้มีการจัดหาแพทย์แผนไทยมาเพิ่มขึ้น แต่อีกร้อยละ 6.25 เห็นว่าแย่ลงเนื่องจากเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยไม่โอนมาด้วย

(ข้อ 5) ด้านกายภาพบำบัด พบว่าร้อยละ 84.38 ยังคงเหมือนเดิม ขณะที่อีกร้อยละ 3.13 พบว่าหลังโอนดีกว่า และร้อยละ 3.13 พบว่าหลังโอนแย่กว่า

(ข้อ 6) ด้านการจัดการในชุมชน ร้อยละ 65.63 พบว่ายังคงเหมือนเดิม ขณะที่ร้อยละ 25 พบว่าหลังโอนดีกว่า และร้อยละ 6.25 พบว่าหลังโอนแย่กว่า

(ข้อ 7) ด้านการรับส่งไปรักษาต่อ ซึ่งร้อยละ 96.88 พบว่ายังคงเหมือนเดิม ที่เหลือตอบว่าไม่แน่ใจ

(ข้อ 8) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ร้อยละ 65.63 พบว่ายังคงเหมือนเดิม ที่เหลือตอบว่าไม่แน่ใจ เนื่องจาก รพช. แม่ข่ายขอถอนการสนับสนุน

(ข้อ 9) การให้บริการในความรับผิดชอบอย่างเพียงพอ ร้อยละ 78.13 พบว่ายังเหมือนเดิม อีกร้อยละ 18.75 พบว่าหลังถ่ายโอนดีกว่า และที่เหลือตอบว่าไม่แน่ใจ

(ข้อ 10) ด้านบริการโดยรวมของ รพ.สต. ร้อยละ 40.63 พบว่ายังเหมือนเดิม ร้อยละ 21.88 พบว่าดีกว่าเดิม เนื่องจากได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้น และอีกร้อยละ 18.75 หลังการถ่ายโอนแย่กว่าเดิม เนื่องจากบุคลากรถ่ายโอนมาไม่ครบ

(ข้อ 11) ในด้านผลดีและผลเสียที่สำคัญในด้านบริการอันเนื่องมาจากการถ่ายโอนได้รับคำตอบว่า ผลดีที่ได้รับคือ ทำให้บริการแก่ประชาชนดีขึ้น เนื่องจากมีคนและเงินมากขึ้น ส่วนผลเสียพบว่า โรงพยาบาลแม่ข่ายหลายแห่งได้งดการสนับสนุน ทำให้บริการผู้ป่วยลดลงไป

(ข้อ 12) ในด้านปัญหาหลักของ รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน ยังคงเหมือนเดิม เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพอันเป็นภารกิจหลักของ รพ.สต. ยังได้รับความสำคัญน้อยกว่าการรักษาพยาบาล การขาดทรัพยากรนำเข้าทุกประเภท และขาดการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างจริงจัง เป็นต้น

(ข้อ 13) การปรับปรุงบริการของ รพ.สต. ที่สำคัญควรทำอย่างไร ได้รับคำตอบว่า เพื่อให้บริการดีขึ้นควรพัฒนาองค์ประกอบ 5 ด้านให้ได้อย่างจริงจัง อันได้แก่ คน เงิน ยา ห้องปฏิบัติการ และการจัดการ

จากที่กล่าวมา สรุปผลการประเมินได้ว่า (1) หลังได้มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปแล้ว ตัวแบบและลักษณะการให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ยังใช้รูปแบบเดิมตามเกณฑ์ของ รพ.สต. ดิดดาว (2) ผลผลิตของบริการส่วนใหญ่ก็ยังคงเหมือนเดิม (ประมาณร้อยละ 60) แต่มีส่วนน้อยประมาณร้อยละ 30 พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากมีเงินและคนเพิ่มขึ้นจากเดิม และมีส่วนน้อยที่สุด (ประมาณร้อยละ 10) พบว่าแย่กว่าเดิม เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนหนึ่งไม่ได้ถ่ายโอนมาด้วยและยังไม่สามารถหาบุคลากรทดแทนได้ (3) จุดแข็งที่สำคัญของการบริการหลังการถ่ายโอนคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้มอบอำนาจมากขึ้น มีการมอบหมายนโยบายที่ชัดเจน โดยมีการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกเดือน และได้รับการสนับสนุนให้มีการเยี่ยมบ้านและทำงานเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น (4) จุดอ่อนที่สำคัญคือยังคงขาดเงินและคนอีกมาก เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานกำลังคน ทำให้บริการที่ส่งมอบแก่ประชาชนยังไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติ (5) แนวทางพัฒนาต่อไปในอนาคต ควรให้ความสำคัญต่อบริการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้นควรจัดการให้มีมาตรฐานต่าง ๆ ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงยิ่งขึ้น เช่น มาตรฐานบริการ มาตรฐานเงิน คน ยา เทคโนโลยี และการอภิบาล เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ รพ.สต. มีศักยภาพเต็มส่วนตามมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติ

4.3.2 การจัดการกำลังคน

ผลการประเมินมุ่งหาคำตอบ 12 ประการ ดังนี้

ประการแรก ในด้านจำนวนกำลังคน ผลการประเมินพบว่า 1) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกำลังคนที่มีอยู่จริงระหว่าง: ก่อน VS หลังการถ่ายโอน พบว่า หลังการถ่ายโอนจำนวนกำลังคนของ รพ.สต. มีกำลังคนเพิ่มขึ้น

จากก่อนการถ่ายโอนเฉลี่ย 0.74 คนต่อ รพ.สต. 2) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างจำนวนกำลังคนตามกรอบกำลังคนกับจำนวนกำลังคนที่มีอยู่จริง: กรณีก่อนการถ่ายโอน พบว่า รพ.สต. ที่ถ่ายโอน พบว่ายังมีกำลังคนที่ยังขาดรวมทุกประเภท 2,511 คน คิดเป็นจำนวนกำลังคนที่ยังขาดเฉลี่ย 5.57 คนต่อ รพ.สต. 3) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกำลังคนตามกรอบกำลังคนกับจำนวนกำลังคนที่มีอยู่จริง: กรณีหลังการถ่ายโอน พบว่า จำนวนกำลังคนของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอน มีกำลังคนที่ยังขาดรวมทุกประเภท 2,175 คน คิดเป็นจำนวนกำลังคนที่ยังขาดเฉลี่ย 4.83 คนต่อ รพ.สต. 4) จำนวนกำลังคนที่ไม่สมัครใจถ่ายโอน และเมื่อถ่ายโอนมาแล้วอยากโอนกลับไปยังกระทรวงสาธารณสุขตามเดิม พบว่า (ก) จำนวนกำลังคนที่ไม่สมัครใจถ่ายโอน คิดเป็นจำนวนกำลังคนเฉลี่ย 0.81 คนต่อ รพ.สต. และจำนวนกำลังคนที่อยากโอนกลับไปยัง สธ. คิดเป็นจำนวนกำลังคนเฉลี่ย 0.42 คนต่อ รพ.สต. และ 5) ลักษณะจำนวนกำลังคนที่ อบจ. จัดหาเพิ่มเติมให้แก่ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน พบว่า จำนวนกำลังคนที่ อบจ. จัดหาเพิ่มเติมให้ 427 คน คิดเป็นจำนวนกำลังคนเฉลี่ย 0.95 คนต่อ รพ.สต.

ประการที่สอง สถานะปัญหาความขาดแคลนประเภทกำลังคนตามกรอบมาตรฐานกำลังคน พบว่าจำนวนกำลังคนของ รพ.สต. ทุกประเภทยังขาดอยู่เฉลี่ยต่อ รพ.สต. ดังนี้ 1) นักวิชาการสาธารณสุข ขาดอยู่เฉลี่ย 0.55 คน 2) เจ้าพนักงานสาธารณสุข ขาดอยู่เฉลี่ย 1.34 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ ขาดอยู่เฉลี่ย 1.27 คน 4) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ขาดอยู่เฉลี่ย 0.44 คน 5) แพทย์แผนไทย ขาดอยู่เฉลี่ย 0.51 คน 6) เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ขาดอยู่เฉลี่ย 0.79 คน 7) เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ขาดอยู่เฉลี่ย 0.54 คน และ 8) เจ้าพนักงานธุรการ ขาดอยู่เฉลี่ย 0.72 คน

ประการที่สาม ความสำคัญในการพัฒนากำลังคนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของ รพ.สต. ในทัศนะของ รพ.สต. มีความเห็นว่าจำเป็นต้องรีบเร่งพัฒนาใน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ต้องรีบเร่งเพิ่มจำนวนกำลังคนให้ครบตามกรอบกำลังคน 2) ต้องรีบเร่งพัฒนาทักษะกำลังคนแต่ละประเภทให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ให้ได้ตามมาตรฐาน และ 3) ต้องพัฒนาขวัญกำลังใจ กำลังคน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ สวัสดิการและความก้าวหน้าตามระเบียบราชการของ รพ.สต.

ประการที่สี่ ลักษณะงานที่รับผิดชอบของกำลังคน ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนลักษณะงานที่รับผิดชอบของกำลังคนส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างในบาง อบจ. เนื่องจาก อบจ. ดังกล่าวมีนโยบายใช้คนแบบเอนกประสงค์มากขึ้น และเปิดช่องทางให้มีการหมุนเวียนกำลังคนมากขึ้นกว่าเดิม

ประการที่ห้า เวลาในการทำงานของ รพ.สต. ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนกำลังคนของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังคงมีเวลาในการทำงานเหมือนเดิม แต่เน้นจัดแบ่งเวลาในการทำงานบริการเชิงรุก(โดยการออกปฏิบัติงานภาคสนาม)มากขึ้นกว่าเดิม

ประการที่หก โอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคน ผลการประเมินพบว่า 1) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่มีขีดความสามารถของบุคลากรยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนการถ่ายโอน และ 2) โอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถกำลังคน พบว่า หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่เห็นว่าโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรยังคงเหมือนเดิม

ประการที่เจ็ด บันไดความก้าวหน้าของกำลังคน ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนบันไดความก้าวหน้าของบุคลากรดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากทุกสายงานสามารถก้าวหน้าเลื่อนไหลไปได้เช่นเดียวกับบุคลากรประเภทอื่น ๆ ของท้องถิ่น เมื่อมีคุณสมบัติครบ

ประการที่แปด การจัดการบุคลากรของ รพ.สต. ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนมีส่วนใหญ่มีแนวโน้มการจัดการด้านงานบุคคลดีขึ้น เนื่องจาก อบจ. ได้ให้ความสำคัญในการรับฟังปัญหา(เป็นประจำทุกเดือน)และหากพบว่ามีปัญหาก็มีการสั่งการให้มีการแก้ปัญหาทันที

ประการที่เก้า ความพึงพอใจในงานของบุคลากร ผลการประเมินพบว่า หลังการถ่ายโอนบุคลากรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการส่งเสริมป้องกันตามความถนัดได้มากขึ้น เน้นงานภาคสนาม โดยลดความสำคัญด้าน KPI การรักษาพยาบาลลง และ อบจ. เอาใจใส่ดูแลมากขึ้น

ประการที่สิบ ผลเสียหลังการถ่ายโอน ผลการประเมินพบว่า (1) ส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับกฎระเบียบต่าง ๆ ของการบริหารงานท้องถิ่น (2) บุคลากรส่วนหนึ่งไม่ได้รับโอนสิทธิด้านสวัสดิการมาด้วย และบาง อบจ. ยังไม่ได้ทำการแก้ไข (3) การที่บุคลากรจำนวนหนึ่งไม่สมัครใจถ่ายโอนและมีการย้ายอัตราตำแหน่งไปด้วยการสร้างปัญหาในการทำงานอย่างมาก (4) กรณีลูกจ้าง พกส. ยังไม่ชัดเจนว่าเมื่อครบสัญญาจ้างแล้วจะได้รับการจ้างต่อไปหรือไม่ และ (5) ความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับ สสอ. และ รพช. ตกต่ำลงกว่าเดิม ทำให้การประสานงานยุ่งยากขึ้น

ประการที่สิบเอ็ด ข้อเสนอแนะของ รพ.สต. ในการพัฒนาสมรรถนะของ รพ.สต. ให้เป็นไปตามมาตรฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีดังนี้ (1) ขอให้เร่งรัดการ จัดทำกำลังคนให้ครบตามกรอบมาตรฐานกำลังคน (2) ขอให้พัฒนาทักษะความสามารถด้านกำลังคนให้เหมาะสมกับภารกิจอย่างสม่ำเสมอ (3) บริการของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ต้องรับมือกับความจำเป็นเฉพาะหน้าด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งทักษะทางด้านนี้ของบุคลากรยังไม่เพียงพอ หน่วยเหนือควรให้ความสำคัญสูงในการแก้ไขเร่งด่วน (4) ภารกิจหลักของ รพ.สต. คืองานส่งเสริมป้องกัน แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในงานดังกล่าวได้เต็มที่ เนื่องจากยังขาดทรัพยากร เวลา และความไม่พร้อมหลายประการเรื่องนี้ควรได้รับการแก้ไข (5) การจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุน SML ยังไม่ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ซึ่งหากว่าได้ครบคิดว่าปัญหาด้านงบประมาณในการบริการประชาชน จะหมดไป (6) เรื่องขวัญกำลังใจของบุคลากรมีความสำคัญสูง หน่วยเหนือ(อบจ. และ มท.)ควรให้ความสำคัญ

ประการที่สิบสอง แนวทางการพัฒนากำลังคน พบว่า เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิบรรลุเป้าหมายตามนโยบายของรัฐ รัฐจึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดการพัฒนากำลังคนของ รพ.สต. ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ ให้บรรลุตามกรอบมาตรฐานกำลังคนโดยด่วน ใน 3 ด้านคือ (ก) เร่งผลิตกำลังคนให้เพียงพอแก่ความจำเป็น โดยให้ถือเป็นนโยบายสำคัญของชาติ (ข) พัฒนาทักษะความสามารถของบุคลากรระหว่างประจำการให้มีสมรรถนะสูงและทันสมัยอยู่เสมอ (ค) สร้างขวัญกำลังใจบุคลากรให้มีความกระตือรือร้นและภาคภูมิใจในงานที่ทำ โดยอย่างน้อยต้องไปไม่ด้อยไปกว่าบุคลากรข้างเคียงอื่น

4.3.3 การจัดการระบบสารสนเทศ

ผลการศึกษา มุ่งตอบโจทย์ในการวิจัย 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

โจทย์ 1 ลักษณะทั่วไปของข้อมูล/สารสนเทศของ รพ.สต. เป็นอย่างไร

ผลการประเมินพบว่า ลักษณะทั่วไปของข้อมูล/สารสนเทศของ รพ.สต. ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน 9 ข้อ สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) พบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการนำข้อมูลสารบบและการไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลผู้รับบริการ และมีระบบฐานข้อมูล JHCIS เชื่อมต่อระบบตรวจสอบสิทธิ์ สปสช. ทำให้ทราบกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ข้อมูลที่น่าเข้าระบบไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลผู้รับบริการ (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) มีการใช้ระบบฐานข้อมูล JHCIS และแฟ้มข้อมูลครอบครัว แฟ้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ตลอดจนฐานข้อมูลประชากร หมู่บ้าน ตำบล ข้อมูลนักเรียน ข้อมูลผู้พิการ ข้อมูล อสม. ฯลฯ ตามมาตรฐาน รพ.สต. ดีดดาว (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีระบบ JHCIS ที่สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) แต่ยังคงขาดการเชื่อมโยงกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) มีการส่งออกข้อมูลการรับบริการ 43 แฟ้มเข้า HDC ครบทุกด้าน (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) มีการคุ้มครองข้อมูลของผู้รับบริการอย่างถูกต้อง และการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การคุ้มครองเขตการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 (6) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) มีข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้รับบริการ โดยจะส่งต่อผ่านระบบที่เรียกว่า Tree Refer และมีการบันทึกข้อมูลลงในเอกสารและโปรแกรม HOSxP PCU และระบบ JHCIS แต่มีส่วนน้อยที่ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลส่งต่อรับกลับ (7) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะมิให้เกิดการรั่วไหล (8) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) มีการเก็บสำรองข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบเวชระเบียน หรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในเครื่องแม่ข่าย และ (9) หลังการถ่ายโอนภาพรวมโดยทั่วไปของข้อมูลยังคงเหมือนก่อนการถ่ายโอน

โจทย์ 2 ระบบคุณภาพของข้อมูลเป็นอย่างไร

ผลการประเมิน สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. คือ JHCIS และ HOSxP XE เพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลและการรับบริการของผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว (One Stop Service) โดยมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการเสร็จสิ้นโดยทันที แต่มีส่วนน้อยที่ไม่ได้บันทึกข้อมูลหลังการให้บริการ (3) หลังการถ่ายโอนภาพรวมคุณภาพข้อมูลยังคงเหมือนก่อนการถ่ายโอน แต่บางแห่ง อบจ. ส่งเจ้าหน้าที่ IT เข้ามาช่วยดูแลระบบข้อมูลเพิ่มขึ้น ทำให้ระบบคุณภาพข้อมูลดีขึ้นกว่าเดิม พร้อมทั้งได้วางแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์เพิ่มเติมให้เพียงพอต่อความจำเป็น

โจทย์ 3 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโดยรวมแล้วมีความครบถ้วน เพียงพอ หรือไม่

ผลการประเมิน สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) รพ.สต. (ร้อยละ 43.75) มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ ขณะที่ รพ.สต. (ร้อยละ 40.63) มีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่พอใช้งานได้แต่มีจำนวนเครื่องไม่เพียงพอต่อความสะดวกในการทำงานของทุกคน (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่เก็บข้อมูลเฉพาะ IBM แยกต่างหาก ในขณะที่ รพ.สต. (ร้อยละ 12.50) ไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ในการเก็บข้อมูลเฉพาะ (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 100) มีการสำรองข้อมูลในระบบฐานข้อมูลเป็นประจำ และเก็บไฟล์สำรองข้อมูลไว้ใน Google drive, MYSQL และระบบ iCloud และ External Hard disk (4) ก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) มีระบบดูแลรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ เมื่อเกิดปัญหาสามารถประสานงานเจ้าหน้าที่ IT ของโรงพยาบาลแม่ข่ายมาแก้ปัญหาได้ทันที พร้อมทั้งสำรองข้อมูลส่งเก็บไว้ ป้องกันข้อมูลสูญหาย แต่ภายหลังการถ่ายโอนการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ IT ของ รพ.สต. แม่ข่าย ยุ่งยากมากขึ้น (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.50) ได้รับการพัฒนาทักษะด้านการจัดการระบบข้อมูลและใช้เทคโนโลยีให้แก่บุคลากร แต่บางแห่งมีการอบรมเฉพาะตำแหน่ง เฉพาะงานเท่านั้น และ (6) ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. (ร้อยละ 78.13) ยังคงใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศรูปแบบเดิมเหมือนก่อนการถ่ายโอน

โจทย์ 4 ระบบข้อมูล/สารสนเทศ มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายและมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ของ รพ.สต.) หรือไม่

ผลการประเมิน สามารถสรุปได้ดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญตามพื้นที่ 5 กลุ่มวัย จากโปรแกรม HOSxP XE ของ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมิน รพ.สต. ดีดดาว (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพตามปัญหาสำคัญของพื้นที่ซึ่งข้อมูลมาจากการทำประชาคมในพื้นที่ ข้อมูลจาก HDC และข้อมูลจากระบบ JHCIS โดยนำข้อมูลวิเคราะห์มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติงานเป็นประจำทุก ๆ ปี (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) มีฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มวัย ในระบบโปรแกรม HOSxP, HDC และ JHCIS ซึ่งสามารถส่งออกข้อมูลมาใช้งานได้ ครอบคลุมพื้นที่บริการครบถ้วน และ (4) ภายหลังการถ่ายโอนภาพรวมระบบข้อมูลสำหรับกลุ่มเป้าหมายยังคงเหมือนเดิม

โจทย์ 5 มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง

ผลการประเมิน ปัญหาหลักของระบบข้อมูล/ข่าวสาร สามารถสรุปได้ดังนี้ (ก) ด้านข้อมูล พบว่า ฐานข้อมูลของ รพ.สต. ส่วนหนึ่งยังไม่มี ความถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในพื้นที่ และมีความซ้ำซ้อนของโปรแกรมบันทึกเป็นจำนวนมากทำให้เสียเวลาในการบันทึกมาก รวมทั้งข้อมูลที่บันทึกขาดการตรวจสอบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ข้อมูลมีจำนวนมากไม่เป็นปัจจุบัน (ข) ฐานข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ค) ไม่มีบุคลากรด้าน IT โดยตรง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานแทนยังขาดศักยภาพในการใช้ระบบข้อมูล ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอในการใช้งานโปรแกรมต่าง ๆ (ง) ไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอในการใช้งาน รวมทั้งระบบปฏิบัติการหรือโปรแกรมออนไลน์ ระบบเครือข่าย

อินเทอร์เน็ต ระบบการประมวลผลข้อมูล/ระบบเครือข่ายของ รพ.สต. กับเครือข่ายภายนอก เกิดปัญหาอยู่บ่อยครั้ง ระบบปฏิบัติการและโปรแกรมไม่ทันสมัย รวมถึงไม่มีผู้เชี่ยวชาญและผู้ดูแลระบบ (จ) ด้านการติดต่อสื่อสาร พบว่า ช่องทางการติดต่อสื่อสารไม่เป็นสากล การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้แก่ประชาชนและผู้รับบริการยังไม่ทั่วถึง

โจทย์ 6 ข้อเสนอถึงแนวทางพัฒนาในอนาคต

ข้อเสนอของ รพ.สต. ถึงแนวทางพัฒนาในอนาคต สามารถสรุปได้ดังนี้ (ก) เพิ่มเติมฐานข้อมูลให้ครอบคลุม อบจ. (ข) จัดหาบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านระบบข้อมูลหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มาดูแลระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบบูรณาการเป็นข้อมูลมวลรวมระบบสุขภาพปฐมภูมิทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด (ค) จัดให้มีระบบข้อมูลหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันพร้อมทั้งพัฒนาการจัดทำโครงการพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลสุขภาพด้านสุขภาพ ข้อมูลขนาดใหญ่ (Big data) ด้านสุขภาพปฐมภูมิเป็นการเฉพาะ เพื่อพัฒนาสู่สมาร์ท รพ.สต. ในอนาคต (ง) ขอให้ อบจ. และ สป. สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ เพื่อสนับสนุนงานของระบบข้อมูลข่าวสาร และจัดทำแผนจัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) ไว้สำหรับการเก็บข้อมูลโดยเฉพาะเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (จ) ควรจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรและอบรมการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกแห่ง (ฉ) การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. เกี่ยวกับการพัฒนาระบบข้อมูล/ข่าวสารต่าง ๆ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ (ช) ส่วนกลางพิจารณาจัดการเชื่อมต่อระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุม และการกระจายไปให้ทั่วถึงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดบริการระบบข้อมูลสารสนเทศอย่างมีระบบ และถ่ายทอดสู่ระดับล่างให้ครอบคลุม (ซ) ควรจัดให้มีศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ร่วมกันในระดับจังหวัด ครอบคลุมระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่ทั้ง สสจ., อบจ. และ รพ.สต. สามารถเข้าถึงได้ร่วมกัน เพื่อการจัดการข้อมูลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ประชาชนและหน่วยบริการ (ณ) แก้ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรด้าน IT ของ รพ.สต. ตามความเหมาะสม (ญ) ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และ (ฎ) ให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ

4.3.4 การจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์การแพทย์

ปรากฏผลการศึกษาเพื่อตอบโจทย์ 9 ข้อ ดังต่อไปนี้

โจทย์ 1 การจัดการบริการเภสัชกรรมของ รพ.สต.

หลังการถ่ายโอน ยังคงประกอบด้วยเกณฑ์การประเมิน 5 ข้อ เหมือนก่อนการถ่ายโอน ต่อไปนี้

1.1 การจัดการระบบยาของ รพ.สต. ผลการประเมินสามารถสรุปได้ 4 ข้อย่อยดังนี้ (1) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) มีการตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและบำบัดในการจัดการระบบยาขึ้นเพื่อทำหน้าที่ดำเนินการจัดการใน 2 บทบาทหลัก คือ การจัดการระบบตำรับยา และการจัดการด้านความปลอดภัยจากการใช้ยา ในขณะที่ รพ.สต. อีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 43.75) ยังไม่มีคณะกรรมการดังกล่าว แต่จะมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ขึ้นแทน (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.38) มีแผนปฏิบัติการใช้ยา แผนการเบิกจ่ายยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาทุกเดือน รวมทั้งแผนปฏิบัติการดำเนินงาน

บริการเภสัช แต่จะมีส่วนน้อย (ร้อยละ 15.63) ที่ยังมีไม่ครบถ้วน (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.38) ยังคงได้รับการสนับสนุนวิชาการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเหมือนเดิม และ (4) หลังการถ่ายโอนการจัดการเภสัชกรรมของ รพ.สต. ในภาพรวมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) ยังคงเหมือนเดิม โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายส่วนใหญ่ยังคงให้การสนับสนุนช่วยเหลือ การเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ไปยัง รพ.สต. แต่ยังมี รพ.สต. ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 18.75) การจัดการเภสัชกรรมแย่ง เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายยุติการสนับสนุน และ อบจ. ยังขาดความพร้อมเรื่องการจัดทการยา

1.2 การคัดเลือกและการส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ผลการประเมินสามารถสรุปได้ดังนี้ (1) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. และมียาตามรายการอย่างเพียงพอ หรือไม่ โดย *ผลการศึกษาพบว่า* รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.63) ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งได้มีการจัดทำบัญชีรายการยา รพ.สต. ทุกเดือน และมียาตามรายการเพียงพอสำหรับให้บริการ (2) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. ครบถ้วนเพียงพอ และมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต หรือไม่ โดย *ผลการศึกษาพบว่า* รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.13) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. ครบถ้วนเพียงพอ และมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิตครบถ้วนและเพียงพอ (3) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มีหลักเกณฑ์การใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ส่งใช้ยา หรือไม่ โดย *ผลการศึกษาพบว่า* รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีหลักเกณฑ์การใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ส่งใช้ยา โดยมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตามเกณฑ์อย่างเคร่งครัด และ (4) หลังการถ่ายโอน *ผลการศึกษาพบว่า* รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ตรวจพบยาที่ไม่เหมาะสมกระจายอยู่ในชุมชนโดยทั่วไป

1.3 เป็นการศึกษาการเฝ้าระวังการใช้ยา เพื่อลดปัญหาในการใช้ยา ผลการประเมินสามารถสรุปได้ 4 ข้อย่อยดังนี้ (1) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่แพ้ยา หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่แพ้ยา คือ โปรแกรม JHCIS-Refer (2) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่แพ้ยาโดยติดสติ๊กเกอร์ใน Family Folder หรือวิธีการอื่นใด หรือไม่ โดย *ผลการศึกษาพบว่า* รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.13) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่แพ้ยาโดยติดสติ๊กเกอร์ใน Family Folder และสติ๊กเกอร์สีชมพูหรือสีแดง รวมถึงบันทึกลงโปรแกรม JHCIS (3) กรณีการศึกษาว่า รพ.สต. มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร หรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาต่อโรงพยาบาลหน่วยเหนือขึ้นไป โดยเภสัชกร และ (4) หลังการถ่ายโอน พบว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแนวทางในการเลือกและส่งมอบยาตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด

1.4 การศึกษาการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. เพื่อค้นหาความจริงว่า หลักการถ่ายโอนการจัดการด้านคลังยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐานของ รพ.สต. หรือไม่ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ 16 ข้อย่อยดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีคลังยาที่มีประตูลิ้นชัก 2 ชั้น และมีระเบียบการเปิด/ปิดคลังยาอย่างชัดเจน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่

(ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มียาและเวชภัณฑ์ที่วางบนพื้นโดยตรง และคลังยาสามารถป้องกันสัตว์ และแมลงได้ เนื่องจากมีการจัดระบบคลังยาที่ชัดเจน (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการแยกประเภทยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ที่ชัดเจน (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีสถานที่เก็บยา และควบคุมสถานที่เก็บยา และเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมียาที่สำรองไว้เกิน 2 สัปดาห์ หรือสำรองยาไว้ 1 เดือน สามารถเบิกฉุกเฉินได้ทุกสัปดาห์ (6) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.62) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายขาด Stock ในคลังยา หรือจัดจ่ายยาบ่อย เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดสรรให้ไม่ครบตามจำนวน (7) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบันทึกทะเบียนและควบคุมความชื้นในสถานที่เก็บยา และเวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ (8) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีใบเบิกจากคลังยาไปยังจุดจ่าย และลงนามครบถ้วน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือชำรุด (9) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีใบเบิกจากคลังยา อันสอดคล้องกับ รบ.301 หรือ Stock Card (10) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีมูลค่าคงคลังไม่เกินเกณฑ์ตามที่ CUP กำหนด(อยู่ในเกณฑ์) (11) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบการควบคุมยาหมดอายุอย่างถูกต้อง ตามคู่มือการใช้ยา (12) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการจัดเรียงยาแบบ First Expired, First Use ตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว (13) รพ.สต. ทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการแยกตู้เก็บยา และวัคซีนออกจากกันชัดเจน ตามมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว (14) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นให้มีความสม่ำเสมอ (15) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็นเคร่งครัดตามมาตรฐาน และ (16) หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. สภาพคลังยาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. (ร้อยละ 96.88) ยังได้รับการจัดการเหมือนเดิม

1.5 การใช้ยาอย่างปลอดภัย และสมเหตุสมผล สามารถสรุปได้ 18 ข้อ ดังนี้ (1) รพ.สต. ทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีข้อมูลที่ส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยครบถ้วน (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ และจัดทำรายงานทุกเดือน (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา คือ medication error จากโรงพยาบาลชุมชน (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.88) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยมีฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานที่ CUP กำหนด (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีฉลากยาช่วยในการใช้ยาอย่างครบถ้วนชัดเจน แต่มีบางแห่งที่ใช้การอธิบายให้แก่ผู้รับบริการ (6) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจาก

โรงพยาบาลแม่ข่ายมีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย (7) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการกำหนดแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (8) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการกำหนดแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD อย่างสมเหตุผล ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (9) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์/หญิงให้นมบุตร (10) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไทรเรอ์ระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDS และมีการบันทึก การเฝ้าระวัง (11) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDS มากขึ้น (12) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) มีทะเบียนผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โรคไต NCD ทั้งหมด วัณโรค เป็นต้น (13) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.50) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการติดตามการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทางเวชปฏิบัติ (14) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีกระบวนการในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยการออกเยี่ยมบ้านเป็นประจำทุกเดือน และกำกับติดตามสอบถามผ่าน อสม. (15) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.13) ที่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการติดตาม หรือการให้คำปรึกษาการใช้ยาทางโทรศัพท์และไลน์กลุ่ม พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้รับบริการก่อนการใช้ยาทุกครั้ง (16) รพ.สต. ทุกแห่งได้จัดกิจกรรมรณรงค์ชี้แจงให้ทุกครัวเรือนเข้าถึงและมีทักษะในการใช้ยาประจำบ้าน อย่างต่อเนื่องทุกวัย (17) รพ.สต. ทุกแห่งได้ทำการรณรงค์การใช้ยาให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องทุกวัย และ (18) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ยังคงมีการใช้ยาอย่างปลอดภัย และสมเหตุผลเหมือนกับก่อนการถ่ายโอน

โจทย์ 2 ระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

ผลการศึกษาระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข สามารถสรุปได้ 12 ข้อย่อยดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.75) มีผู้รับผิดชอบด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน โดยมีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน อย่างไรก็ตาม รพ.สต. บางแห่ง (ร้อยละ 6.25) ไม่มีพยาบาลรับผิดชอบงานดังกล่าว (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) มีผู้ปฏิบัติงานห้องปฏิบัติการที่ผ่านการฝึกอบรมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่มี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 9.38) ยังไม่ผ่านการฝึกอบรม (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.13) มีการแยกพื้นที่ห้องปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. หลายแห่ง (ร้อยละ 46.87) มีพื้นที่จำกัดและไม่มีการแยกห้องปฏิบัติการออกมาต่างหากได้ (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.13) มีระบบการจัดเก็บวัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบได้มาตรฐาน โดยใช้ระบบ first expired, first use (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.38) มีอุปกรณ์การตรวจเพียงพอ พร้อมใช้งาน และมีการทดสอบคุณภาพของอุปกรณ์ตามมาตรฐาน (6) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการครบถ้วน (7) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) มีการควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการได้ตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 12.50) ยังไม่มีแนวทางการควบคุมคุณภาพที่ชัดเจน (8) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ

40.63) มีการตรวจสอบ/ควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (9) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.75) มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจ และผลการตรวจที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. บางแห่ง (ร้อยละ 6.25) ยังไม่มีการส่งตรวจ (10) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานที่กำหนด อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 3.13) ไม่มีเครื่องมือดังกล่าว (11) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีคู่มือการปฏิบัติด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 3.13) ยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ (12) หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. ภาพรวมสภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของ รพ.สต. (ร้อยละ 93.75) ยังคงเหมือนเดิม

โจทย์ 3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ผลการศึกษาศักยภาพคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) สามารถสรุปได้ 15 ข้อย่อยดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.57) มีแผนและการออกปฏิบัติงานจริงตามแผนปฏิบัติการ คปส. ครบถ้วน อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. ส่วนน้อย (ร้อยละ 3.13) ไม่มีแผนดังกล่าว (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.00) มีภาคีเครือข่าย คปส. เพื่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาตามแผน แต่ยังไม่เข้มแข็ง (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.25) มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผน คปส. อย่างสม่ำเสมอ จาก รพช. และ อสม. ทุกปี (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.63) มีการตรวจสอบอาหารสดและอาหารแปรรูปตามแผน ปีละ 1-2 ครั้ง (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.63) มีการให้ความรู้หรือคำแนะนำสม่ำเสมอตามแผน ปีละ 1-2 ครั้ง (6) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.63) มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เมื่อพบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย เช่น ให้คำแนะนำ แจ้งเตือน เป็นต้น (7) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) มีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นประจำทุกปี (8) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.38) มีการจัดการฝึกอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภค สม่ำเสมอ และมีแผนโครงการในการอบรมเป็นประจำทุกปี (9) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) มีฐานข้อมูลผู้ประกอบการกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. หลายแห่ง ฐานข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ (10) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) มีการเฝ้าระวัง และการจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับ คปส. ในชุมชน (11) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) มีการสนับสนุน/ส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านการใช้ยาของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (12) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) มีระบบรับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวกับ คปส. ในชุมชน สามารถร้องเรียนผ่าน อสม. ได้โดยตรง (13) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.88) มีการนำข้อมูลปัญหา คปส. ที่พบมาจัดทำแผนเพื่อแก้ไขอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามยังมี รพ.สต. บางแห่งยังดำเนินการไม่ครบถ้วน (14) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.00) มีระบบรายงานผลการดำเนินงานเกี่ยวกับ คปส. เป็นประจำ และ (15) หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. ภาพรวมสภาพการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ รพ.สต. (ร้อยละ 90.63) ยังคงยึดปฏิบัติเหมือนเดิม

โจทย์ 4 การจัดการยา และเวชภัณฑ์

ผลการศึกษาศักยภาพจัดการยาและเวชภัณฑ์ สามารถสรุปได้ 6 ข้อย่อยดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการยาและเวชภัณฑ์ไว้ล่วงหน้าชัดเจน โดยจัดทำแผนนโยบายร่วมกับ

โรงพยาบาลแม่ข่าย (2) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.63) มีการกำหนดความต้องการและประมาณการจำนวนยาสำรองอย่างชัดเจน ประมาณ 1-3 เดือน (3) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.13) มีการจัดการคลังยา/เวชภัณฑ์ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงในการส่งเจ้าหน้าที่มาจัดคลังยา ปีละ 1 ครั้ง แต่หลังการถ่ายโอนการจัดการคลังยาร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหย่อนยานลงมาก (4) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.75) ยังมีการตรวจสอบการเสื่อมสภาพของยาเป็นระยะสม่ำเสมอ โดยใช้รูปแบบ first in first out (5) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.63) มีการประเมินผล และรายงานผลการใช้ยา การเบิกจ่ายยา ระบบบัญชีคลังนอกและคลังในเป็นประจำ และ (6) หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. การจัดการยา และเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.25) ยังคงเหมือนเดิม

โจทย์ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย (ด้านยา/เวชภัณฑ์)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย (ด้านยา/เวชภัณฑ์) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่มีความเห็นดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) ยังคงมีความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่ายในด้านยา/เวชภัณฑ์ดีเหมือนเดิม แต่ยังมี รพ.สต. จำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 12.50) ที่มีความสัมพันธ์แย่งมากกว่าเดิมถึงขั้นบางแห่งไม่มีความสัมพันธ์เลย เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายถอนการสนับสนุน ดังนั้นควรจัดการให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงและสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ต่อไปให้ครบทุก รพ.สต. (2) หลังการถ่ายโอนแนวทางพัฒนาการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. ควรมีระบบการเบิกจ่ายยา และเวชภัณฑ์ไปยัง รพ.สต. เหมือนเดิม อาจเป็นระบบเครือข่ายบริการโดยโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งยาให้ รพ.สต. โดยตรง ทั้งนี้ อบจ. และ สสจ. ควรร่วมมือกันริบเร่งจัดระบบมาตรฐานการจัดหายาและเวชภัณฑ์ให้แก่ รพ.สต. ทุกแห่ง (3) โรงพยาบาลแม่ข่ายควรให้ความช่วยเหลือแก่ รพ.สต. เหมือนเดิม เช่น การเบิกจ่ายยาให้แก่ รพ.สต. โดยตรง(เพิ่มการ refill ยา) จัดบุคลากรเภสัชกรมาเป็นพี่เลี้ยงดูแล แนะนำให้ความรู้แก่บุคลากรของ รพ.สต. และเป็นหน่วยสนับสนุนเรื่องยา เวชภัณฑ์ และวัสดุ รวมถึงออกตรวจประเมินคุณภาพการใช้ยา สำหรับ รพ.สต. บางแห่งที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ อบจ. และ สสจ. ควรต้องรับหาทางออกโดยเร็ว และ (4) หลังการถ่ายโอนมาอยู่กับ อบจ. ความสัมพันธ์ระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.38) ยังคงเหมือนเดิม แต่ยังมี รพ.สต. บางแห่ง (ร้อยละ 15.62) ความสัมพันธ์แย่ง เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายถอนการสนับสนุนดังกล่าว ดังนั้น อบจ. และ สสจ. ควรรับเร่งหาทางแก้ไขโดยด่วน ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้ประชาชนผู้รับบริการ ได้รับความเดือดร้อน

โจทย์ 6 ภาระงานด้านบริหารยา และเวชภัณฑ์ใน รพ.สต.

ภาระงานด้านจัดการยา และเวชภัณฑ์ใน รพ.สต. สรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอน ส่วนใหญ่ยังคงมีการจัดการเหมือนก่อนการถ่ายโอน ดังนี้ (1) รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังไม่มีเภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรมประจำ จึงทำให้การจัดการยาไม่ได้มาตรฐานตามที่เกณฑ์กำหนด และ (2) เป็นการเพิ่มภาระงานด้านจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้บุคลากรประเภทอื่น ต้องมาดำเนินการแทน ซึ่งก็ไม่สามารถดำเนินการได้ดีเท่ากับเภสัชกรดำเนินการเอง

โจทย์ 7 ปัญหาหลักในด้านยาและเวชภัณฑ์

สรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอน ส่วนใหญ่ยังคงมีสภาพเหมือนก่อนการถ่ายโอน กล่าวคือยังไม่มีความสามารถในการจัดการตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่ง รพช. แม่ข่าย เนื่องจากยังไม่มีบุคลากรด้านเภสัชกรรมประจำใน รพ.สต. มีความขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น อีกทั้งไม่มียาสำรองอย่างเพียงพอ

โจทย์ 8 ข้อดี/ข้อเสียที่ได้จากการถ่ายโอน

โดยสรุปได้ว่า หลังการถ่ายโอน ส่วนใหญ่ยังคงมีสภาพเหมือนก่อนการถ่ายโอน กล่าวคือ มีผลดีหลายประการดังกล่าวนมาแล้วข้างต้น **ส่วนในด้านข้อเสีย** พบว่า (1) หลังการถ่ายโอน อบจ. ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนในการจัดหาและจัดการยาให้แก่ รพ.สต. ในสังกัด พบว่า อบจ. ส่วนใหญ่เข้ามาดูแลการจัดการยาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. แต่ อบจ. ยังไม่มีความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (2) รพ.สต. และ อบจ. ยังคงขาดแคลนกำลังคนในตำแหน่งเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม (3) การติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับ รพช. แม่ข่าย ค่อนข้างลำบากมากกว่าก่อนการถ่ายโอน (4) การกำหนดตัวชี้วัดผลงานของ รพ.สต. หลายแห่งมีความแตกต่างไปจากเดิมที่เคยสังกัดต่อกระทรวงสาธารณสุข (5) ระบบการจัดการยาและเวชภัณฑ์ของ อบจ. และ รพ.สต. ส่วนหนึ่งยังติดขัด การสำรองยาส่วนใหญ่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ผู้มารับบริการ

โจทย์ 9 แนวทางพัฒนายาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต.

ในปัจจุบันการพัฒนายาและเวชภัณฑ์ของ รพ.สต. นั้นมีความสำคัญต่อสุขภาวะและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ดังนั้น รพ.สต. จำเป็นต้องมีระบบบริหารงานเวชภัณฑ์ที่ได้มาตรฐาน กล่าวคือ ง่ายต่อการจัดการเชิงระบบ สามารถเชื่อมต่อข้อมูลด้านเวชภัณฑ์ระหว่าง รพช. แม่ข่าย กับ รพ.สต. ลูกข่ายได้อย่างไร้ตะเข็บ โดยเหตุผลดังกล่าว การจัดอบรมบุคลากรเรื่องการใช้จ่าย การจัดหาบุคลากรด้านยา(เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมให้ครบทุกโรงพยาบาล) และการจัดหาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการใช้จ่าย การเพิ่มกรอบการใช้จ่ายให้มีความหลากหลาย พัฒนานองค์ความรู้ใหม่ให้แก่บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน การจัดให้มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นสัดส่วนเหมาะสมตามมาตรฐาน และเพิ่มระบบการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ การลดระยะเวลาในการจัดทำเอกสารเบิกจ่าย ประเด็นเหล่านี้ควรจัดให้มีมาตรฐานให้ชัดเจนและทันสมัย ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อประสิทธิภาพในการจัดการยา

4.3.5 การจัดการระบบการเงินและงบประมาณ

ผลการศึกษา มุ่งแสวงหาคำตอบ 5 ประการ

1. ด้านโครงสร้างด้านรายได้ของ รพ.สต. ทั้งก่อนและหลังการถ่ายโอน ผลการประเมินพบว่า

โครงสร้างรายได้ของ รพ.สต. *ก่อนการถ่ายโอน*มายัง อบจ. มีรายได้มาจาก 4 แหล่งสำคัญ ได้แก่ (1) งบประมาณรายหัว (UC) จัดสรรจาก สปสช. ผ่านทาง CUP (2) เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (3) ค่าเสื่อมราคา และ (4) รายได้อื่น ๆ *สำหรับหลังการถ่ายโอน* รพ.สต. มีรายได้เพิ่มขึ้นอีก 2 รายการ คือ (ก) เงินอุดหนุนทั่วไป (SML) ซึ่งได้รับการจัดสรรตามขนาดของ รพ.สต. และ (ข) เงินอุดหนุนเพิ่มเติมจาก อบจ.

ทั้งนี้โครงสร้างรายได้ของรายได้ของ รพ.สต. ในปีงบประมาณ 2566 หลังการถ่ายโอน มีลักษณะเปลี่ยนไปดังนี้ (1) เงินเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. มีสัดส่วนร้อยละ 36 ของรายได้ทั้งหมด (2) รายได้จากเงินอุดหนุนตามขนาดที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน มีสัดส่วนร้อยละ 40 (3) เงินอุดหนุนเพิ่มเติมจาก อบจ. อีกเฉลี่ยร้อยละ 3 (4) เงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ร้อยละ 6 (5) เงินค่าเสื่อมราคาร้อยละ 5 และ (6) รายได้อื่น ๆ ร้อยละ 10

ข้อสังเกต

โดยสรุปหลังการถ่ายโอนสถานะด้านการเงินของ รพ.สต. ดีขึ้น เนื่องจากได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มขึ้นมาดังกล่าวแล้ว ส่วนปัญหาสำคัญที่พบมาก คือ เงินเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. (UC) ซึ่งหลังการถ่ายโอนได้รับลดลงประมาณ ร้อยละ 42.83 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อน เนื่องจากมีปัญหาในการจัดสรรในระดับ CUP ดังนั้น กสพ. ควรหาทางแก้ไขในเรื่องการจัดสรรของ CUP ด้วย

2. ลักษณะโครงสร้างด้านรายจ่ายของ รพ.สต.

ในการศึกษาโครงสร้างด้านรายจ่ายของ รพ.สต. คณะวิจัยได้ใช้ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2565 เป็นหลัก ส่วนข้อมูลปีงบประมาณ 2566 ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมได้ เนื่องจากขณะที่ทำการวิจัยยังไม่สิ้นปีงบประมาณ

จากข้อมูลปีงบประมาณ 2565 พบว่า รพ.สต. ทุกขนาด มีรายจ่ายเฉลี่ยรวมแห่งละ 1,265,436 บาท ซึ่งสามารถจำแนกตามประเภทค่าใช้จ่ายได้ดังนี้ (1) ค่าบริการทางการแพทย์ (รวมค่ายาและเวชภัณฑ์, ค่าวัสดุทางการแพทย์, ค่าบริการทางการแพทย์, ค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์) เฉลี่ยรวมแห่งละ 301,212 บาท คิดเป็นร้อยละ 24 (2) ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว เฉลี่ยรวมแห่งละ 289,498 บาท คิดเป็นร้อยละ 23 (3) ค่าใช้สอย เฉลี่ยรวมแห่งละ 221,692 บาท คิดเป็นร้อยละ 17 (4) ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เฉลี่ยรวมแห่งละ 213,834 บาท คิดเป็นร้อยละ 17 (5) ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข เฉลี่ยรวมแห่งละ 109,041 บาท คิดเป็นร้อยละ 9 (6) ที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง เฉลี่ยรวมแห่งละ 51,445 บาท คิดเป็นร้อยละ 4 (7) ค่าสาธารณูปโภค เฉลี่ยรวมแห่งละ 57,684 บาท คิดเป็นร้อยละ 4 และ (8) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ เฉลี่ยรวมแห่งละ 21,017 บาท คิดเป็นร้อยละ 2

ข้อสังเกต

ในขณะเดียวกันเมื่อมีการประเมินสถานะระบบการเงินของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน ว่าจะมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานรับผิดชอบของ รพ.สต. หรือไม่นั้น พบว่า การบริหารงบประมาณของ รพ.สต. ยังไม่มีความพยายามในการใช้จ่ายให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานรับผิดชอบด้านการส่งเสริมป้องกันของ รพ.สต. โดยตรง กล่าวคือ ยังคงให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายเงินไปในด้านงานรักษาพยาบาล โดยอ้างว่าเป็นความจำเป็นเฉพาะหน้า ไม่มีการจัดทำแผนการเงินด้านงานส่งเสริมป้องกันเชิงรุก ซึ่งเป็นภารกิจหลักของ รพ.สต. ในฐานะหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

งานส่งเสริมป้องกันเป็นความรับผิดชอบหลักของ รพ.สต. อันเป็นยุทธศาสตร์หลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย ดังนั้นควรให้ความสำคัญในระดับสูง โดยการกำหนดวงเงินในการดำเนินการเรื่องนี้ไว้ต่างหาก และต้องดำเนินกิจกรรมด้านนี้ให้เข้มแข็ง ส่วนการรักษาพยาบาลหาก รพ.สต. ขาดศักยภาพก็ควรส่งต่อให้ รพช. แม่ข่าย ทำการรักษาต่อไป ไม่ควรละเลยหน้าที่สำคัญของตน

3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวแต่ละ รพ.สต. เป็นอย่างไร

ในส่วนรายรับ งบประมาณรายหัวที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. ซึ่ง รพ.สต. ได้รับจัดสรรผ่าน CUP ประกอบด้วยเงินส่วนงบประมาณด้าน OP และ PP รวมกันเฉลี่ยแห่งละ 153 บาทต่อหัวประชากร ในขณะที่ค่าใช้จ่ายรายหัวที่ถูกใช้ไปจริงในการให้บริการ ณ ปีงบประมาณ 2565 โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น เฉลี่ยอยู่ที่แห่งละ 214 บาท ซึ่งเงินจำนวนนี้ทุก รพ.สต. ที่ศึกษาแจ้งว่าไม่เพียงพอ สำหรับงบประมาณที่ได้รับเฉลี่ยต่อหัวประชากร เมื่อรวมทุกประเภทการใช้จ่ายพบว่า หลังการถ่ายโอนปี 2566 มีงบประมาณต่อหัวประชากรรวม 394.22 บาท ทั้งนี้ได้นำเงินอุดหนุนพิเศษ SML มารวมในรายการนี้ด้วยแล้ว

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวเพิ่มเติมให้ละเอียด เพื่อนำข้อมูลนี้มาใช้ในการจัดสรรงบประมาณและการจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. โอกาสและปัญหาอุปสรรคทางการเงินงบประมาณของ รพ.สต.

4.1 ข้อดีหรือโอกาสที่ได้รับจากการถ่ายโอน

หลังจากได้รับการถ่ายโอนมายัง อบจ. แล้ว ระบบการบริหารงบประมาณของ รพ.สต. มีข้อดีหรือโอกาส ดังนี้ **ประการแรก** รพ.สต. ได้รับเงินงบประมาณอุดหนุนเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงินอุดหนุนทั่วไปตามขนาด รพ.สต. (เงิน SML) ซึ่งตามเกณฑ์ที่ ก.ก.ธ. กำหนดคือ 1, 1.5, และ 2 ล้านบาทลำดับ แต่จากผลการศึกษาพบว่า รพ.สต. ขนาดเล็กได้รับจริงเพียง 400,000 บาท ขนาดกลางได้รับเพียง 650,000 บาท และขนาดใหญ่ได้รับเพียง 1,000,000 ล้านบาท **ประการที่สอง** อบจ. แต่ละจังหวัด อบจ. ได้จัดสรรงบประมาณของตนเองเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาบุคลากรขาดแคลนในช่วงถ่ายโอน ด้วยวิธีจ้างบุคลากรเพิ่มเติมโดยใช้วิธีคัดเลือกเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้ รพ.สต. มีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นตามความจำเป็นเฉพาะหน้าและทันต่อการบริการ และจัดสรรเงินสวัสดิการให้แก่บุคลากรถ่ายโอนเพื่อไม่ให้กระทบต่อการบริหารงานบุคคลของ รพ.สต. **ประการที่สาม** อบจ. ได้มีการกระจายอำนาจด้านงบประมาณมากขึ้น ทำให้มีความยืดหยุ่นคล่องตัวในการเบิกจ่ายเงินของ รพ.สต. มากขึ้น

4.2 ปัญหาอุปสรรคที่พบเนื่องจากการถ่ายโอน มีดังนี้

ประการแรก สถานะทางการเงินและระบบงบประมาณของ รพ.สต. ยังคงมีความมั่นคงทางการเงินต่ำเนื่องจากขาดความแน่นอนในรายได้หลักที่ได้รับการจัดสรรจาก สปสช. (ผ่าน CUP) และจำนวนรายได้มีน้อยเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับความจำเป็นในการใช้จ่าย **ประการที่สอง** การถ่ายโอนเงินทรัพย์สินหลายรายการยังไม่เป็นไปตามประกาศของ ก.ก.ธ. โดยมีการอ้างกฎหมายว่าไม่สามารถโอนเงินข้ามกระทรวงได้ รพ.สต. ได้งบประมาณและสิทธิต่าง ๆ ไม่ครบตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน **ประการที่สาม** หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ได้รับ

งบประมาณรายหัวในด้านการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน (PP) ในสัดส่วนที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากหลังการถ่ายโอน งบประมาณ สปสช. แบ่งเป็นงบ OP และ PP ในส่วน OP รพ.สต. ที่ถ่ายโอนส่วนใหญ่ไม่ได้รับเงิน OP โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายกันเงินส่วนนี้ไว้ราวร้อยละ 80 จากงบเหมาจ่ายรายหัว (UC) ที่ได้รับจัดสรรมาทั้งหมด รพ.สต. ได้รับเพียงเงิน PP ที่ใช้สำหรับบริการด้านส่งเสริมป้องกันมาเพียงร้อยละ 20 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน และปัจจุบันต้องนำเงินอุดหนุนทั่วไป (เงิน SML) ที่ได้รับมาชดเชยเพื่อจัดบริการในส่วนนี้ รวมถึงงานด้านการรักษาพยาบาลด้วย **ประการที่ 4** การบริหารการเงินและบัญชีไม่เป็นระบบ ปัจจุบันผู้จัดทำบัญชีไม่ขึ้นกับการเงินการบัญชี ทำให้ รพ.สต. มีรูปแบบบัญชีที่แตกต่างกันไป ไม่มีมาตรฐานกลางตามหลักการบัญชี

ข้อเสนอแนะ

อบจ. และ กสพ. ควรหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเร็ว

5. แนวทางในการพัฒนารายได้และการบริหารจัดการรายได้ของ รพ.สต.

สำหรับแนวทางพัฒนาระบบการเงินงบประมาณในอนาคต ในทัศนะของ รพ.สต. มีคำตอบ ดังนี้ **ประการแรก** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันจัดระบบการเงินของ รพ.สต. ให้มีความมั่นคงและเพียงพอ เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญ ในการจัดทำบริการให้เพียงพอกับความจำเป็นของประชาชน โดยต้องให้ รพ.สต. ได้รับเงินงบประมาณที่เพียงพอต่อการจัดบริการและทันเวลากับภารกิจที่ต้องใช้จ่าย **ประการที่สอง** ก.ก.ธ. ควรเร่งรัดแก้ไขปัญหารายการถ่ายโอนไปไม่ครบตามเกณฑ์ประกาศ ก.ก.ธ. อาทิ เงินสิทธิติดตัวข้าราชการที่พึงจะได้รับ ทั้งค่าตอบแทน ฉ.11 เงิน พตส. ค่าเช่าบ้าน ค่าการศึกษาบุตร และเงินตอบแทนอื่น รวมถึงเงินค้ำจ่าย ค่าตอบแทนค่าเสี่ยงภัยโควิด (HI/CI) **ประการที่สาม** สำนักงบประมาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.) ควรมีจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุขแก่ รพ.สต. เพิ่มมากขึ้นตามหลักเกณฑ์การถ่ายโอน โดยจัดสรรให้ มีงบประมาณเพียงพอและจัดวงเงินส่วนหนึ่งสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันเป็นเฉพาะ ซึ่งเป็นภารกิจหลักในการให้บริการของ รพ.สต. และ **ประการที่สี่** ควรให้มีเจ้าพนักงานบัญชีอย่างน้อย รพ.สต. ละ 1 คน และ อบจ. ควรจะสนับสนุนให้เกิดระบบบัญชีที่ได้มาตรฐาน

4.3.6 การอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การอภิบาล (governance) เป็นคำศัพท์ใหม่ ที่องค์การอนามัยโลกและชุมชนวิชาการรัฐประศาสนศาสตร์ ได้นำมาใช้แทนที่คำศัพท์ “การปกครอง (government)” และ “การบริหาร (administration)” แบบดั้งเดิม ดังนั้นเพื่อความเข้าใจตรงกัน คณะวิจัยจึงขอกล่าวถึงความหมายและฐานคิดรองรับคำศัพท์นี้ โดยสังเขป ต่อไปนี้

การอภิบาลคืออะไร หลักการเป็นอย่างไร

การอภิบาลเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ที่ UN ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คำศัพท์นี้เป็นคำศัพท์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ ที่มีฐานคิดว่า “*สาธารณกิจและสาธารณประโยชน์โดยทั่วไปย่อมมีกลุ่มได้เสียอันหลากหลาย เจื่อนไขความสำเร็จในการขับเคลื่อน มีอาจเกิดขึ้นได้โดยแรงผลักดันจากรัฐเพียงฝ่ายเดียว หากแต่ต้องอาศัยความร่วมมือในลักษณะพหุภาคีในการบริหาร/จัดการอย่างมีเอกภาพ ยืดหยุ่น และคล่องตัวอย่าง*

เหมาะสมกับเงื่อนไขแวดล้อมหรือบริบทแห่งสถานการณ์นั้น” โดยนัยดังกล่าว ความสำเร็จอย่างครบถ้วน/ ถ้วนหน้า/และยั่งยืนของระบบสุขภาพปฐมภูมีย่อมอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ทั้งนี้โดยการอภิบาลจำเป็นต้องมี โครงสร้างและกระบวนการขับเคลื่อนที่เอื้ออำนวย ดังแนวคิดดังกล่าว

ผลของการศึกษานี้ พบว่าหลังการถ่ายโอน มีแนวโน้มว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิในส่วนของ อบจ. และ ส่วนของ สสจ. จะแยกออกจากกัน หากไม่ได้รับการบูรณาการที่เหมาะสม ซึ่งทั้ง สสจ. และ อบจ. มีความเห็นตรงกันว่า ควรมีการพัฒนาระบบอภิบาลของชาติให้มีเอกภาพตามหลักการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้สรุปความเห็นได้ว่า โครงสร้างและแนวทางขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทย มีข้อควรพิจารณาดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างของระบบอภิบาลที่ควรเป็น

ระบบอภิบาลสุขภาพปฐมภูมิอันเป็นองค์รวมในการขับเคลื่อนไปสู่สภาวะของรัฐที่พึงประสงค์ ระบบนี้ควรเป็นระบบบูรณาการที่มีความเป็นเอกภาพเป็นหนึ่งเดียวกันทั้งระดับประเทศ/จังหวัด/และพื้นที่ รพ.สต. ตามลำดับ ดังนั้นระบบนี้จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงโครงสร้างและกระบวนการขับเคลื่อนที่ครอบคลุมทั้งแนวดิ่งและแนวนราบ ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบการอภิบาลที่มีเอกภาพในลักษณะบูรณาการระหว่างพหุภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับโครงสร้างการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยจำเป็นต้องมีโครงสร้างแบบบูรณาการ คือเป็นโครงสร้างแบบ 3 ชั้น อันได้แก่

- (1) ชั้นบนคือโครงสร้างระดับรัฐ ควรเป็นรูปแบบคณะกรรมการที่บูรณาการภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำหน้าที่ในการชี้แนะทิศทางนโยบายกลางในระดับรัฐ อันเป็นเสมือนการถือหางเสือ (steering) สนับสนุนช่วยเหลือ (supporting & facilitating) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านวิชาการและมาตรฐานกลางในการปฏิบัติ รวมทั้งด้านการติดตามและกำกับดูแล (monitoring) และการประเมินผลในภาพรวมของชาติ ทั้งนี้โดยโครงสร้างในการขับเคลื่อนระดับชาติต้องเป็นโครงสร้างแบบพหุภาคีร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งแนวดิ่งและแนวนราบให้ครอบคลุม

กรณีประเทศไทย เรามี พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 อยู่แล้ว ซึ่งตราขึ้นก่อนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ดังนั้นหลังจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ก็ควรจะมีการปรับปรุง พ.ร.บ. ฉบับนี้ให้มีโครงสร้างครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญที่เพิ่มเติมคือ กระทรวงมหาดไทย อบจ. และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนฯ โดยให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม

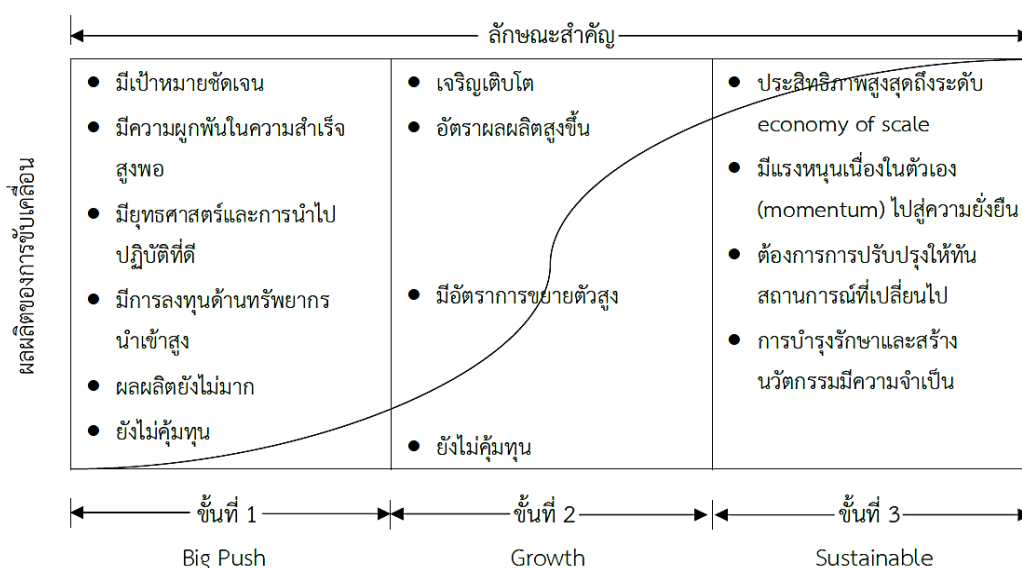
- (2) ชั้นกลางคือโครงสร้างระดับจังหวัด โครงสร้างชั้นนี้มีหน้าที่ 2 ประการคือ *ประการแรก* รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ของตน โดยรับเอานโยบายของรัฐมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ ความรับผิดชอบของตนด้วย *ประการที่สอง* รับผิดชอบในการขับเคลื่อนหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ให้สามารถส่งมอบบริการให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง

กรณีประเทศไทย หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. แล้ว ในระดับจังหวัดได้รับการกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งมีองค์ประกอบแบบพหุภาคีอยู่แล้ว แต่โครงสร้างของ กสพ. อย่างมิได้เชื่อมโยงกับระดับชาติ ดังนั้นเพื่อให้มีการเชื่อมโยงกันอย่างมีเอกภาพจึงควรที่จะบรรจุ กสพ. ไว้ในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย โดยให้ กสพ. มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่ทำงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

- (3) โครงสร้างระดับล่าง คือ ระดับ รพ.สต. ซึ่งรับผิดชอบในฐานะหน่วยขับเคลื่อนสุขภาพในเขตพื้นที่ของตน โดยการจัดทำบริการทั้ง 5 ประเภทให้สอดคล้องตามเป้าหมายของบริการปฐมภูมิ ภายใต้โครงสร้างทั้งแนวดิ่งและแนวราบ ซึ่งในแนวดิ่งต้องขึ้นกับ อบจ. และได้รับการกำกับดูแลจาก กสพ. ส่วนในแนวราบได้มีกิจกรรมปฏิสัมพันธ์เชิงพหุภาคีกับชุมชนและเทศบาล/อบต. อยู่แล้วในเกณฑ์ดีพอสมควร แต่โครงสร้างในลักษณะพหุภาคีทางแนวราบยังคงเป็นไปอย่างหลวม ๆ ยังไม่มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันที่เข้มข้นเพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางทรัพยากรดังกล่าวแล้ว นอกจากนั้นส่วนหนึ่งยังขาดนโยบายจากหน่วยเหนือชี้นำ ดังนั้น กสพ. ควรจะออกแบบ/ชี้นำกิจกรรมเชิงรุก และให้การสนับสนุนทางทรัพยากร เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้มแข็งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่อย่างมีเอกภาพ

2. กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงยุทธศาสตร์ระยะยาวโดยระบบโดยรวมต้องมีเอกภาพในการดำเนินการภายใต้โครงสร้างแบบพันธมิตรร่วมมือ โดยมีกลไกของระบบราชการเป็นแกนกลางในระยะต้นในอนาคตหากภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็งขึ้นเมื่อถึงจุดนั้นระบบการอภิบาลก็จะมีคามมั่นคง ยั่งยืนดังภาพถัดไป ก็ควรส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทเป็นตัวการ (actor) และภาคราชการเป็นตัวสนับสนุน (supporter)



ภาพที่ 1 กระบวนการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่คาดหวัง

จากภาพข้างต้น เป็นการแสดงให้เห็นว่า ความพยายามในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ก็มีลักษณะเหมือนการขับเคลื่อนกิจกรรมสาธารณะอื่น ๆ ของรัฐ ที่จำเป็นต้องใช้การลงทุนและความมุ่งมั่นผูกพัน (engagement) ต่อความสำเร็จ ความพยายามดังกล่าว โดยทฤษฎีการพัฒนาแล้วสามารถแบ่งเป็นขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ *ขั้นตอนที่ 1* เป็นขั้นตอนที่ต้องการการผลักดันอย่างแรง เพื่อให้ระบบสามารถเคลื่อนตัวไปข้างหน้าได้ ขั้นตอนนี้จึงมีลักษณะเหมือนการเริ่มลงทุน โดยหากขั้นตอนที่ 1 ประสบความสำเร็จก็จะเข้าสู่ *ขั้นตอนที่ 2* คือ การเจริญเติบโต อันเป็นขั้นตอนที่เริ่มผลิตรายการออกผล จนกระทั่งเจริญเติบโต ซึ่งหากการอภิบาลขั้นตอนที่ 2 ไม่ซบเซาก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 คือ ความมั่นคงยั่งยืน ทั้งนี้ในแต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องมีการจัดการให้เกิดคุณลักษณะสำคัญ (ดังภาพที่ 1)

อนึ่ง กิจกรรมสาธารณะส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้เวลาจึงจะเห็นผลตอบแทนชัดเจน เวลาที่ทอดยาวออกไปนี้ ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในห้วงเวลานั้น ดังนั้นการจัดการโดยระบบ PDCA* จึงควรได้รับการพิจารณานำมาใช้ การวางแผนระยะยาวและการควบคุมความเสี่ยงในระยะยาว จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมสาธารณะแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีความซับซ้อน และต้องอาศัยภาคีความร่วมมือเชิงพหุ ก็ยิ่งมีความจำเป็นต้องควบคุมความเสี่ยงสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว ที่ภาคีขับเคลื่อนทั้งหลายควรตระหนัก

เพื่อให้เกิดเอกภาพภายใต้ระบบที่บูรณาการขึ้นจากหลายภาคส่วน พลังขับเคลื่อนแบบอ่อน (soft power) ในการอภิบาลจึงมีความสำคัญสูงกว่าพลังแบบแข็ง (hard power)[†] กรณีนี้นี้การเพิ่มพลังพลเมือง (people empowerment) ให้เข้าใจและตื่นรู้จึงเป็นยุทธวิธีที่สำคัญ

4.3.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน

ชั้นส่วนที่ 7 ที่ทำการประเมินคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้โดยเป็นที่เข้าใจกันทั่วไปแล้วว่า “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการที่ว่า สุขภาวะจะเกิดขึ้นได้อย่างครบส่วน/ถ้วนหน้า/และยั่งยืนก็ต่อเมื่อประชาชน ชุมชน และสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ดังนั้นชั้นส่วนหนึ่งของการวิจัยนี้ จึงต้องการประเมินว่า ภายใต้บริการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอน การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อบริการที่ รพ.สต. ส่งมอบไปให้ ได้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ(โดยมี รพ.สต. เป็นผู้ส่งมอบบริการ) เป็นอย่างไร

ผลการประเมิน สรุปได้ว่า

(1) หลังการถ่ายโอน ผลลัพธ์และผลกระทบต่อประชาชนในด้านบริการต่าง ๆ ของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังคงเหมือนกับก่อนการถ่ายโอน แต่มีส่วนน้อยที่เห็นว่าดีกว่าเดิม

* P = การวางแผนให้ครอบคลุมภาคีร่วมมือ, D = คือความร่วมมือในการดำเนินการให้เป็นไปตามแผน, C = คือการตรวจสอบ การดำเนินการกำกับดูแล และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง A = การดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่ปรับปรุง

[†] พลังแบบอ่อนในการอภิบาล หมายถึง พลังความร่วมมือจากพหุภาคีโดยนำพลังความรู้ความสามารถจากหลายภาคีมาบูรณาการกัน โดยสมัครใจอาจไม่เป็นทางการ และมีความยืดหยุ่นสูง ส่วนพลังแบบแข็งหมายถึง พลังอันเป็นทางการที่มีกฎเกณฑ์ของรับ มีความกระด้าง แต่มีความมั่นคงสูง

(2) ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนประชาชนมีความพึงพอใจมากขึ้น ประชาชนมีความเชื่อมั่นการให้บริการของ รพ.สต. ภายใต้สังกัด อบจ. มากขึ้น เนื่องจากเชื่อมั่นว่า อบจ. เป็นหน่วยงานในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน โดยผลวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจของประชาชนหลังการถ่ายโอนดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

(3) ศักยภาพและเจตนาธรรมณ์ในการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ รพ.สต. ทุกแห่งได้จัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนหรือส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชน หรือสังคม ในเขตพื้นที่ของ รพ.สต. และ รพ.สต. ได้สร้างความร่วมมือกับประชาชน/ชุมชน/สังคม ผ่านกลไกการทำงานเชิงรุกที่ร่วมคิดวางแผน ร่วมทำ ผ่านกลไก อสม. ผ่านผู้นำชุมชนในการเชิญชวนให้เข้าร่วมกิจกรรม

(4) รูปแบบและเสนอแนะรูปแบบแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน มีการสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ โดยใช้รูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กล่าวคือ รูปแบบที่เป็นทางการ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยคณะกรรมการมาจากกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มประชาชน กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้นำสถานศึกษา ตัวแทนชมรม ตัวแทนองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น เพื่อเข้ามามีบทบาทในการร่วมเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข คณะกรรมการดำเนินกิจกรรมโครงการใน รพ.สต. ส่วนความร่วมมือที่ไม่เป็นทางการ คือ ใช้วิธีการหารือ การสนทนาทั่วไปแบบเป็นกันเอง โดยมีการเชิญชวนประชาชนเข้ามาร่วมให้ความเห็น ถ่ายทอดความรู้ในด้านดูแลสุขภาพ การรักษา เป็นต้น รวมถึงการมีบทบาทในการผู้นำกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับชุมชน/หมู่บ้าน ได้ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการส่งเสริมสุขภาพในภาคประชาชนและชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และสามารถแก้ปัญหาภายในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมินข้างต้นยังพบว่า ชุมชนและสังคม ยังให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำเกินไป ส่วนภาคประชาสังคมและเอกชน ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอต่อการขับเคลื่อนสุขภาวะของสังคมตามหลักการพึ่งตนเองได้ ส่วน “ความสามารถของ รพ.สต. ในการเข้าถึงประชาชน” พบว่าเป็นจุดเด่นที่สูงมาก นอกจากนั้น “ระดับความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในอรรถาธิบายไม่ตรีของการให้บริการของ รพ.สต. ที่ส่งมอบให้ประชาชนอยู่ในเกณฑ์สูงเช่นกัน” จากพื้นฐานของเกณฑ์ทั้ง 2 ทำให้ประชาชนในเขตบริการ “มีทัศนคติที่ดีมากต่อ รพ.สต.”

ในด้านความเห็นของระดับจังหวัด ทั้ง อบจ., สสจ. และผู้อำนวยการ รพ.สต. ต่างเห็นตรงกันว่า การปลูกฝังค่านิยมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในพื้นที่ โดยการรณรงค์สร้างค่านิยมใหม่ให้ประชาชนและสังคม “สร้างสุขภาวะโดยการพึ่งตนเอง และความร่วมมือในลักษณะพหุภาคี” โดยควรมุ่งเน้นการสร้างพลังภาคประชาชนและชุมชน เป็นผู้นำหรือแกนหลัก (Core) ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย อบจ. ทำหน้าที่ดูแลในภาพรวม

ความเห็นจากการสัมภาษณ์ระดับชาติ มีความเห็นสอดคล้องกับระดับจังหวัดและระดับ รพ.สต. โดยให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของประชาชน ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน โดยภาครัฐควรส่งเสริมให้ รพ.สต. เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนสามารถเข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพของสังคม ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องให้ความสำคัญโดยจัดให้มีกองทุนและแนวทางส่งเสริมไว้ใน

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ด้วย ส่วนพันธะผูกพันทางการเมือง (Political Engagement) ก็เป็นปัจจัยอันสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิของชาติ

